Nr. 47. 22. listopada 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

J. DADLEZ, H. LENARTOWSKI. Lwów.

O wpływie naświetlań promieniami Roentgena na ilość kwasu moczowego we krwi i w moczu.

Z zakładu chemji lekarskiej U. J. K., z oddz. wewn. I. i z pracowni roentgenologicznej państw. szpit. powsz. we Lwowie.

Wpływ naświetlań promieniami Roentgena na wydzielanie kwasu moczowego u osobników zdrowych i chorych był już w pierwszych latach zastosowania promieni w lecznictwie przedmiotem licznych badań. Mamy tu na myśli szczególnie prace Blocha, Benjamina, Reussa, Schwarza, Lossena, Morawitza i Rosenbergera 1).

Wyniki autorów nie były jednak zgodne, i dopiero dzięki pracom B o r a k a 2) 3) pytanie to zostało ostatecznie rozstrzygnięte. Okazało się, że u osobników zdrowych, pozostających na diecie bezpurynowej, ilość kwasu moczowego po naświetleniu nie okazuje wahań. Jedynie w 24 godzin po naświetleniu wątroby i śledziony przychodzi do wybitnego podwyższenia ilości kwasu moczowego, w 48 godzin po naświetleniu występuje spadek poniżej normy, trzeciego dnia zaś spostrzega się ponowne podwyższenie, trwające przez kilka dni. Ponieważ wahania ilości kwasu moczowego po podaniu atofanu są niemal identyczne, uważa B o r a k, że pod wpływem promieni Roentgena przychodzi również jak gdyby do wypłukania kwasu moczowego zaadsorbowanego w tkankach.

Odmiennie jednak przedstawia się sprawa przy naświetleniu osobników chorych. Udało się bowiem B o r a k o w i wykazać, że po naświetleniu tkanek chorobowych, wrażliwych na promienie Roentgena, słabą nawet stosunkowo dawką (niektóre tkanki nowotworowe lub wysięki o większej zawartości komórek) występuje wybitne podwyższenie ilości kwasu moczowego w moczu, najprawdopodobniej skutkiem niszczącego działania promieni X. na komórki.

Objaw ten ma doniosłe znaczenie przy określaniu rokowania co do leczniczego wyniku naświetlań, gdyż występuje wyraźnie już po słabej próbnej dawce promieni, brak go zaś zupełnie w przypadkach nowotworów opornych na działanie promieni. B o r a k w wnioskach swoich idzie jeszcze dalej, proponując zużytkowanie opisanego objawu do celów rozpoznawczych, n. p. przy rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy guzem śródpiersia, a tętniakiem, gdzie zwiększone wydzielanie kwasu moczowego po próbnem naświetlaniu przemawiałoby za sprawą nowotworową, a przeciw istnieniu tętniaka.

Z innych autorów również i F r a n c e s c o S e b a s t i a n o 4) zauważył zwiększenie się ilości kwasu moczowego w moczu po naświetlaniu nowotworów.

W pewnem przeciwieństwie do przytoczonych powyżej faktów stoją wyniki H i r s c h a i P e t e r s e n a 5), którzy badali ilość kwasu moczowego we krwi po naświetlaniach promieniami Roentgena. Według spostrzeżeń tych autorów ilość kwasu moczowego we krwi po naświetlaniu osobników zdrowych lub dotkniętych sprawami nowotworowemi nie ulega ani wyraźnym, ani równomiernym wahaniom. Sądzimy jednak, że w tym przypadku małe różnice w ilości kwasu moczowego we krwi uszły uwagi autorów, albo być może nowotwory nie reagowały na działanie promieni.

W doświadczeniach naszych staraliśmy się wyjaśnić kilka zagadnień. Przedewszystkiem chodziło nam o potwierdzenie czy rzeczywiście zwiększone wydzielanie kwasu moczowego po naświetlaniu schorzeń śródpiersia mogłoby mieć pewne znaczenie rozpoznawcze. Wiadomo bowiem, że rozpoznanie różniczkowe pomiędzy guzem śródpiersia, a tętniakiem należy niejednokrotnie do bardzo trudnych. Objawy kliniczne występują często niewyraźnie, a podobnie rzecz się ma przy prześwietlaniu lub na zdjęciu roentgenowskiem, gdzie cechy jakoby charakterystyczne dla jednej lub drugiej sprawy częstokroć zawodzą lub prowadzą do zgoła mylnych wniosków. (C z e p a 6), W a l t e r B o u r g e o i s 7)).

Z drugiej strony badaliśmy równocześnie wahania kwasu moczowego we krwi wychodząc przytem z założenia, że o ile by się udało stwierdzić pewną stałą równoległość w wahaniach ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu u osobników po naświetlaniach promieniami Roentgena równałoby się to uproszczeniu całej metodyki. Do oznaczenia kwasu moczowego wystarczy bowiem 2—3 cm^3 krwi odpadłoby więc niedogodne (zwłaszcza u kobiet) oznaczanie kwasu moczowego z całej dobowej ilości moczu. Staraliśmy się dalej przekonać w doświadczeniach przeprowadzonych w związku z wydzielaniem kwasu moczowego po naświetlaniu nowotworów, jak szybki jest rozpad tkanki od chwili zadziałania promieni, i czy rozpad ulega co kilka godzin pewnym nasileniom, dającym się uchwycić. Zatem, czy ilość kwasu moczowego we krwi będzie się wybitnie zwiększała co pewien czas, czy też w razie niedużej lecz stałej destrukcji komórek nadwyżka kwasu moczowego będzie mniejwięcej jednakowa bez względu na czas pobrania krwi.

W tem miejscu należy wspomnieć o badaniach G r i e s b a c h a 8), celem orjentacji jak się zmienia obraz krwi, gdy do obiegu dostanie się kwas moczowy w większej ilości. G r i e s b a c h określał najpierw normę przy zachowaniu diety bezpurynowej, następnie wstrzykiwał dożylnie 0.5 gr kwasu moczowego w roztworze piperazyny i oznaczał kwas moczowy w różnych czasach po wstrzyknięciu. N. p. analiza krwi wykazuje przed wstrzyknięciem 2.72 mg, w 15 minut po wstrzyknięciu 3.50 mg, w 4 godziny 2.75 mg, albo n. p. przed wstrzyknięciem 4.55 mg, w 15 minut potem 5.35 mg, zaś w 2 godziny 4.88 mg i t. d. We wszystkich przypadkach przytoczonych przez autora, kwas moczowy zwiększa się po 15 minutach tylko o 1 mg. Pomijając już fakt, że wstrzyknięty kwas moczowy rozdziela się na ilość krwi wynoszącą około 6% wagi ciała, to w każdym razie nadwyżka na 100 ccm jest mała, bo organizm w tej chwili stara się usunąć nadmiar, o czem świadczy zwiększona ilość kwasu moczowego w moczu dobowym, reszta zaś nie wydalona została zdeponowana w tkankach, i jak wynika z dalszych doświadczeń autora, może być następnie usunięta przez podanie atofanu.

W toku naszych doświadczeń posługiwaliśmy się stale tą samą metodyką:

Chorzy pozostawali na diecie bezpurynowej już 3 dni przed rozpoczęciem oznaczań, oraz przez cały okres dalszych badań.

Analizę moczu przeprowadzaliśmy podobnie jak H o p k i n s, lecz nie w 100 cm^3 tylko w 10 cm^3 moczu dobowego 9), który to sposób jest szybki i daje gwarancję dokładności bez potrzeby zastosowania poprawek, a ilość znalezionego kwasu moczowego przeliczaliśmy na mocz dobowy. Kwas moczowy we krwi oznaczaliśmy metodą kolorymetryczną B e n e d i k t - F o l i n 10). Zwrócimy tutaj uwagę, że ścisłość oznaczenia zależy od sposobu odbiałczania, ze względu na możliwość związania kwasu w osadzie białkowym. Dlatego przy odbiałczaniu powinno się postępować ściśle według wskazówek F o l i n a t. j. dodawać kwasu siarkowego kroplami, mieszając ciągle pałeczką szklaną. Przy szeregu oznaczań czas odbiałczania winien być zawsze ten sam.

Naświetlania wykonywaliśmy aparatem roentgenowskim Siemens-Universal, rurami M ü l l e r a syst. Coolidge,

przy natężeniu 3 Ma. Zależnie od wskazania leczniczego posługiwaliśmy się sączkiem glinowym 4 mm przy napięciu szczytowem 140 KV, lub sączkiem miedzianym 0,5 mm z dodatkiem 1 mm glinu przy napięciu 180 KV. Dawka powierzchniowa wynosiła 5—7 jednostek Holzknechta. Odległość ogniskowa 23 cm.

Rozpatrując wyniki analiz, otrzymanych w naszych przypadkach stwierdziliśmy, jak to zresztą z góry można było przewidzieć, że naświetlanie śródpiersia u osobników zdrowych, daje wynik zupełnie ujemny t. z. ani w moczu, ani we krwi nie udało się nam wykazać wahań w ilości kwasu moczowego.

Przejdźmy z kolei do wyników analiz otrzymanych w naszych przypadkach po naświetlaniu nowotworów:

Przedewszystkiem chcielibyśmy odpowiedzieć na jedno z postawionych pytań t. j. kiedy zaczynają się oznaki rozpadu tkanek po naświetlaniu, dające się uchwycić w postaci zwiększonej ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu? W tym celu pobieraliśmy krew w pół godziny, w 1 godzinę, w 3 godziny, w 6 godzin i td. po naświetlaniu i stwierdziliśmy, że ilość kwasu moczowego we krwi w dniu naświetlania nie odbiega od normy, o czem świadczy zresztą nie zwiększona ilość kwasu moczowego w moczu dobowym tego samego dnia. Widoczna różnica dała się dopiero zauważyć w dniach następnych, przyczem nadwyżka we krwi wynosiła około 0.4—0.5 mg, różnica w stosunku do ilości przed naświetlaniem dająca się w każdym razie uchwycić przy zastosowaniu metody kolorymetrycznej. Różnica ta występuje bez względu na czas pobrania krwi, gdyż krew pobieraliśmy w rozmaitych godzinach. Rozpad zatem tkanki nowotworowej odbywa się stale od chwili ukazania się pierwszych objawów zwiększonej ilości kwasu moczowego, a produkt rozpadu dając lekką zmianę w obrazie krwi zostaje wydalony drogą nerek, wywołując wybitne zwiększenie w moczu dobowym, występujące stale równocześnie z podwyższeniem ilości kwasu moczowego we krwi, i dochodzące przeciętnie do około 80% pierwotnej wartości. Wreszcie objawem rozpadu po kilkunastu dniach jest zmniejszenie się guza nowotworowego.

Chcąc dokładniej zanalizować opisane powyżej zjawiska, przytaczamy w skróceniu kilka najcharakterystyczniejszych protokołów naszych badań, z których można będzie również wysnuć pewne wnioski co do ich wartości przy różniczkowem rozpoznaniu guzów śródpiersia.

Przypadek I. Chory St. Iz. lat 30.

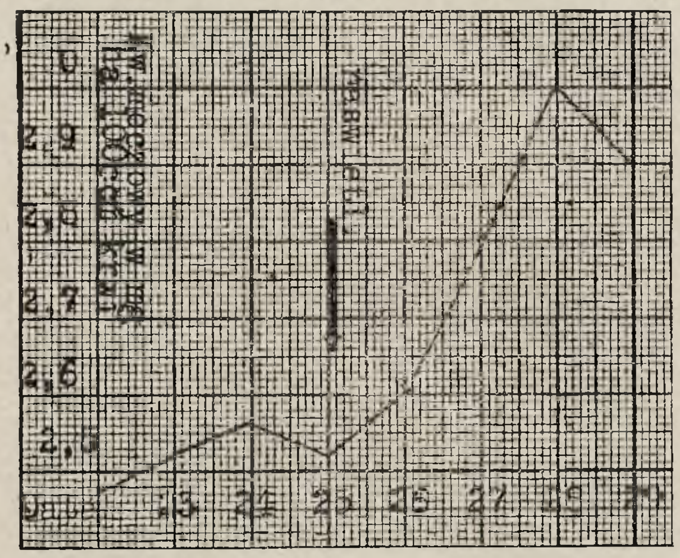
Rozpoznanie kliniczne, poparte również obrazem roentgenowskim brzmi: Lymphogranuloma mediastini.

Przebieg badań:

Tablica I.

Dzień	Mocz dobowy kw. moczowy w *gr*	kw. moczowy w *mg* w 100 *cm* krwi	Naświetlania
22. IV.	0,352 *gr*	2,48 *mg*	
23. IV.	0,367 «	2,52 »	
24. IV.	0.374 «	2,56 »	
25. IV.	0,324 «	2,52 »	naświetl. 5 H / 0,5 Cu + 1 Al
26. IV.	0,428 «	2,6 »	
27. IV.	0,442 «	2,8 »	
28. IV.	0,568 «	3,0 »	
29. IV.	0,573 «	2,9 »	

Wykres I.



Jak wynika jasno z powyższej tabeli oraz wykresu, ilość kwasu moczowego równolegle we krwi i w moczu uległa po naświetleniu wyraźnemu podwyższeniu, co się zupełnie zgadzało z rozpoznaniem klinicznem. W kilka tygodni później zgłosił się chory celem kontroli na oddział, gdzie stwierdzono klinicznie i roentgenologicznie wybitne zmniejszenie się guza.

Przypadek II. Chory F. P., lat 23. Rozp. Lymphosarcoma mediastini et gland. cervic.

W tym przypadku badaliśmy mocz i krew w ciągu całej serji naświetlań leczniczych, nie ograniczając się jedynie do naświetlenia próbnego (Tabela II. Wykres II.) otrzymując wyraźne podwyższenie ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu. Po kilku tygodniach guzy zmniejszyły się znacznie.

Tablica II.

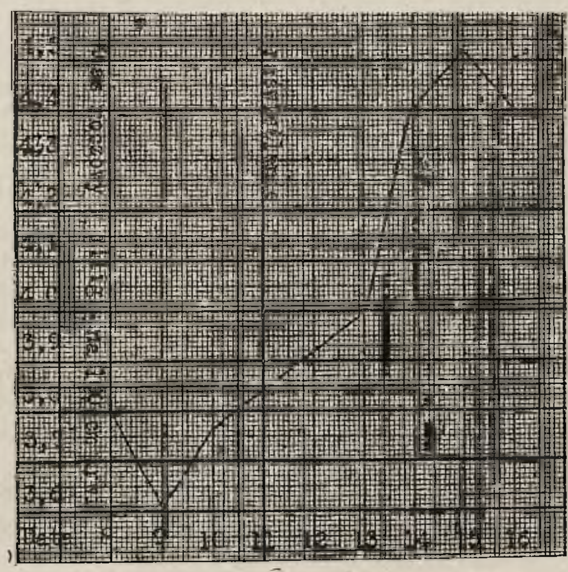
Dzień	Kwas moczowy w moczu dobowym w *gr*	Kwas moczowy w *mg* 100 *cm* krwi	Naświetlania
8. VII.	0,569 *gr*	3,8	
9. VII.	0,621 »	3,6	
10. VII.	0,682 »	3,76	
11. VII.	0,698 »	3,84	naświetl.
12. VII.	0,773 »	3,92	»
13. VII.	0,727 »	4,0	»
14. VII.	0,944 »	4,4	»
15. VII.	1,054 »	4,52	»
16. VII.	1,016 »	4,4	

Przypadek III. Chory P. Z., lat 47.

Objawy kliniczne i roentgenologiczne przemawiają za istnieniem guza śródpiersia, jednakowoż zwłaszcza roentgenologicznie nie można z całą pewnością wykluczyć tętniaka. Wobec objawów uciskowych na tchawicę i naczynia szyjne ograniczyliśmy się początkowo do naświetlenia próbnego

z obawy przed przejściowem powiększeniem się guza po silniejszej dawce promieni.

Wykres II.



Tablica III.

Dzień	Kw. moczowy moczu dobowego w *gr*	Naświetlania
9. V.	0,415	
10. V.	0,342	
11. V.	0,419	
12. V.	0,335	naświetl.
13. V.	0,463	
14. V.	0,556	
15. V.	0,801	
16. V.	0,704	
17. V.	0,656	

Badania krwi ze względów od nas niezależnych nie mogliśmy wykonać. Wyraźne podwyższenie ilości kwasu moczowego utwierdziło w tym przypadku rozpoznanie guza śródpiersia, i skłoniło nas do dalszego naświetlania leczniczego. Stan chorego jednak się pogorszył, i po kilku dniach nastąpiło zejście śmiertelne.

Sekcja zwłok wykazała: Adenocarcinoma gelatinosum thymi metastaes multipl. pleurae, pulmonum ac hepatis.

W powyższym przypadku zachowanie się ilościowe kwasu moczowego również przemawiało za guzem śródpiersia, co też rozpoznanie sekcyjne w zupełności potwierdziło.

Wiemy z doświadczenia, że raki wychodzące z niektórych gruczołów jak n. p. z tarczycy doskonale oddziałują na naświetlanie prom. Roentgena.

Chcąc rozszerzyć zakres naszych doświadczeń, nie ograniczyliśmy się jedynie do spostrzegania schorzeń śródpiersia, zwracając przytem szczególną uwagę na równoległe wahania ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu.

I tak w przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej (Chory H. T.), który jak się później okazało — dobrze zareagował na naświetlania, otrzymaliśmy następujące liczby:

Przed naświetlaniem:
Kwas moczowy w moczu 0,471—0,779 gr.
Kwas moczowy we krwi 3,6—4,0 mg.

Po naświetlaniu:
Kwas moczowy w moczu 1,044—1,189 gr.
Kwas moczowy we krwi 4,48—4,54 mg.

Podobnie sprawa przedstawiała się w naświetlanym przez nas przypadku lymphosarcoma gland. retroperitoneal (chory A. D.), u którego po serji naświetlań leczniczych guzy w jamie brzusznej znacznie się zmniejszyły.

Przed naświetlaniem:
Kwas moczowy w moczu 0,606—0,712 gr.
Kwas moczowy we krwi 3,88—4,18 mg.

Po naświetlaniu:
Kwas moczowy w moczu 0,979—1,088 gr.
Kwas moczowy we krwi 4,24—4,56 mg.

Widzimy więc, że w obu powyższych przypadkach wahania w ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu występują zupełnie równolegle. Dodajemy nawiasem, że w przypadkach, w których naświetlaliśmy ogniska chorobowe w obrębie jamy brzusznej, osłanialiśmy zawsze wątrobę i śledzionę, dla uniknięcia możliwych błędów.

Wyniki naszych doświadczeń, ujęte w całość, uprawniają nas do wysnucia następujących wniosków:

1. We wszystkich naświetlanych przez nas przypadkach, w których otrzymywaliśmy zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu występywało takowe ściśle równolegle także i we krwi. Badanie ilości kwasu moczowego we krwi może nam więc zastąpić doskonale w podobnych przypadkach niedogodne nieraz oznaczanie ilości kwasu moczowego z dobowego moczu. Moment ten nabiera znaczenia zwłaszcza u kobiet, u których zebranie moczu dobowego przedstawia czasem znaczne trudności.

2. Zwiększenie się ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu, występujące stale po naświetlaniu guzów śródpiersia czułych na promienie Roentgena, może nam służyć do ustalenia wątpliwego rozpoznania w tych przypadkach, a zwłaszcza do wykluczenia tętniaka. Wiemy bowiem, że najczęstsze postacie guzów śródpiersia (lymphosarcoma, lymphogranuloma) bardzo łatwo oddziaływują na małe nawet dawki promieni Roentgena. Do wykazania podwyższonej ilości kwasu moczowego wystarczy więc zastosowanie próbnego naświetlenia słabą dawką promieni, które żadną miarą nie może być szkodliwe dla ustroju. i które u osobników prawidłowych (jak wyżej wspominaliśmy) nie wywoła zmiany w ilości kwasu moczowego we krwi i w moczu.

3. Jak wynika z wspomnianych we wstępie doświadczeń G r i e s b a c h a, jednorazowe wstrzyknięcie dożylne 0.5 gr kwasu moczowego w roztworze piperazyny, zmienia obraz krwi na bardzo krótki przeciąg czasu, powodując nadwyżkę kwasu moczowego o około 1 mg na 100 ccm krwi. Gdyby więc w naszych przypadkach po naświetlaniu promieniami Roentgena kwas moczowy przedostawał się do obiegu co pewien czas, mielibyśmy raz zwiększenie, raz normalną zawartość kwasu moczowego we krwi. Tymczasem z chwilą ukazania się pierwszych objawów rozpadu tkanki mniejwięcej 24 godzin po zadziałaniu promieni, nadwyżka kwasu moczowego wynosząca około 0.4—0.5 mg jest stałą i utrzymuje się przez szereg dni bez względu na godzinę pobrania krwi, przyczem w tym okresie nigdy nie zauważyliśmy powrotu do normy. Widocznie rozpad tkanki odbywa się stale, i zanim nadmiar kwasu moczowego wydzieli się drogą nerek, już nowe produkty rozpadu dostają się do obiegu, wywołując trwałe podwyższenie poziomu kwasu moczowego we krwi, dającą w sumie w moczu dobowym przyrost około 80% pierwotnej zawartości. Te dane mogą również o tyle mieć znaczenie praktyczne, że przy przeprowadzaniu analiz nie jest koniecznem pobieranie krwi w pewnej określonej porze dnia, gdyż niezależnie od czasu można wykazać zwiększenie kwasu moczowego w dniach następ-

nych od chwili naświetlania, o ile naturalnie tkanka nowotworowa reagowała na działanie promieni Roentgena.

Piśmiennictwo:

1) Wetterer. Handb. d. Röntgenther. 1922. — 2) Borak. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstr. T. XXXI. Z. 3/4. — 3) Borak. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. T. XXXI. Z. 5/6. — 4) Francesco Sebastiano. Actinotherapia. T. IV. Z. 5. — 5) Hirsch i Petersen. Journ. of americ. med. Assoc. T. LXXX. Z. 21. — 6) Czepa. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. T. XXIX. — 7) Walter, Bourgeois. Bull. et Mem. de la Soc. Anat. 1924. — 8) Griesbach. Biochem. Zeitschr. 101, 172. 1920. — 9) Dadlez. Polska Gazeta Lekarska. Nr. 4. 1925. — 10) Folin. Journ. of Biol. Chem. T. LIV. Z. 2.

Dr. J. LEYBERG. Łódź.

Osmoterapja syfilitycznego płynu mózgowo-rdzeniowego przy pomocy dożylnych wlewań 40% salwarsanizowanej urotropiny.

Doniesienie tymczasowe.

Stężone (hipertoniczne) roztwory chlorku, dwuwęglanu i siarczanu sodu oraz cukru gronowego, wprowadzone do ustroju dożylnie, stwarzają według Bürgera, Stejskala, Nonnenbrucha 1) i in. warunki osmotyczne, które powodują żywszą wymianę pomiędzy wodą, solami oraz ciałami koloidowemi krwi, a sokami tkanek. Tę wzajemną wymianę cieczy rozpoczyna prąd, skierowany ku naczyniom krwionośnym (endosmoza); również i płyn mózgowordzeniowy opuszcza przytem przestrzenie podpajęczynowe, przemieszczając się prawdopodobnie w kierunku szczelin okołonaczyniowych, co powoduje zmniejszenie się ilości, a co za tem idzie — spadek ciśnienia płynu w kanale lędźwiowym.

Według Weed'a i Mc. Kirben'a 2) ciśnienie płynu mózg.-rdz., mierzone wodnym manometrem Claud'a w doświadczeniach na kotach, którym w ciągu 4-ch minut wstrzykiwano 12 cm³ 30% chlorku sodu, w pierwszej chwili podnosi się ze 110 mm. ciśnienia normalnego do 200 mm, następnie w ciągu 10 minut szybko spada do zera, poczem stopniowo się podnosi i po 80 minutach dosięga 50 mm słupa wody. Foley i Putnam 3), którzy potwierdzili powyższe doświadczenia, mogli dowieść, że spadek ciśnienia, otrzymany w ten sposób, trwa jeszcze szereg godzin od początku zabiegu.

Autorowie amerykańscy (Corbus, O'Connor, Lincoln i Gardner) 4) próbują wykorzystać ten spadek ciśnienia w celu łatwiejszego przeprowadzenia do płynu mózg.-rdzen. salwarsanu, podanego dożylnie, wychodząc z założenia, że intensywność zjawisk osmotycznych wzrasta w miarę powiększania się różnicy ciśnień obu środowisk. Postępują oni w ten sposób, że wlewają choremu na czczo 100 cm³ 15% hipertonicznego roztworu soli kuchennej i po 6 godzinach wstrzykują mu dożylnie 0,9 neosalwarsanu. Autorowie ci wypróbowali tę metodę w 28 przypadkach kiły i przekonali się, że istotnie w 26 przypadkach (93%) po godzinie mogli wykazać w płynie arsen w ilościach do kilku setnych miligrama w 1 cm³. Natomiast po zwykłem wstrzyknięciu dożylnem tej samej dawki neosalwarsanu Mertens i Mc. Arthur 3) stwierdzali w płynie zaledwie ślady neosalw. i to tylko w 43% przypadków.

U nas R. Bernhardt 5) mógł wykryć w płynie mózg.-rdzen. chorych leczonych dożylnie salwarsanem arsen w ilościach 0,002 mgr. na 5 cm³ cieczy. B. Frenkel i J. Leyberg 6) w 6-ciu przypadkach płynu kiłowo zmienionego, gdzie warunki przedostawania się leków z krwi do płynu mózg.-rdzen. powinny być korzystniejsze (stan zapalny opon), znajdowali przy pomocy metody Abelina w kilka godzin po dożylnej dawce 0.9 zaledwie dostrzegalne ślady neosalwarsanu.

Naogół zatem musimy przyjąć, że przepuszczalność opon, względnie splotów naczyniowych dla salwarsanu jest bardzo słabą i dlatego zrozumiałe jest ciągłe poszukiwanie nowych metod, zdążających do wzmożenia tej przepuszczalności.

Wlewania dożylne salwarsanu bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowem (Sicard, Dercum) miały również na celu wykorzystanie spadku ciśnienia płynu mózg.-rdzen. w znaczeniu „osmoterapji"; metoda ta, słuszna w założeniu teoretycznem, w praktyce nie mogła się przyjąć, ponieważ spadek ciśnienia należało każdorazowo osiągnąć kosztem nakłucia lędźwiowego, do czego trudno jest chorego skłonić.

Również i wlewania salwarsanu wprost do kanału lędźwiowego (Gennerich), które miały stanowić ostatni etap w poszukiwaniu dróg, zmierzających do dostarczenia oponom możliwie większych ilości salwarsanu, mają, jakeśmy się o tem osobiście przekonać mogli 6), tę ujemną stronę, że stanowią dla chorego zabieg nieprzyjemny, nie dający się powtórzyć niezbędną ilość razy.

Sposób postępowania autorów amerykańskich posiada w porównaniu z tylko co wymienionemi metodami tę zaletę, że zdąża do tego samego celu bez nakłucia lędźwiowego przez uprzednie dożylne wlewanie stężonego roztworu soli kuchennej z następczem dożylnem podaniem salwarsanu („spinal drainage without lumbar puncture").

Metodę tę zaczęliśmy stosować wspólnie z kol. Br. Frenklem w lecie 1922 r. na oddziale chorób nerwowych szpitala wojskowego w Łodzi, ale nieprzewidziane trudności techniczne zmusiły nas wkrótce do zaprzestania jej: 100 cm³ stężonej soli kuchennej, które należy wlać dożylnie czynią metodę tę wykonalną tylko przy silnie rozwiniętych żyłach; w toku wlewania ma się ciągłe trudności z powodu czopowania się igły przez krystalizującą w roztworze sól; po kilku wlewaniach zabieg prowadzi do zamknięcia żył i uniemożliwia dalsze leczenie. Aby ominąć te trudności, uważałem za konieczne zastąpić sól kuchenną innym roztworem, którego znacznie mniejsza ilość przy wstrzyknięciu dożylnem byłaby dostateczna dla wywołania spadku ciśnienia płynu mózg.-rdzen., poza tem roztwór taki nie powinien czopować igły, sam zaś zabieg powinien trwać krótko, aby nie drażnić żyły. Warunkom tym zdaje mi się odpowiadać stężony roztwór urotropiny.

Doświadczenia v. Takats'a 7) wykazały, że 40% urotropina, jako roztwór silnie hipertoniczny, wprowadzona dożylnie już w ilości 10 cm³ powoduje znaczny spadek ciśnienia płynu mózg.-rdzeniowego. Poza tem ze spostrzeżeń O. Sachsa 8) wynika, że urotropina wpływa na wykwity kiłowe w sensie szybkiego resorbowania nacieków swoistych, a ponieważ z łatwością przedostaje się z krwi do płynu (Crowe), należałoby się liczyć z możliwością zachodzenia tu jednocześnie chemoterapeutycznego uczynnienia (chemoterapeutische Aktivierung-Kolle) zgodnie z poglądem Bürgi'ego 9), który stwierdził, że przy kombinacji kilku leków o różnych punktach zaczepnych*) następuje wzmożenie działania tych leków bez jednoczesnego równie wielkiego spotęgowania ubocznego działania toksycznego.

Chcąc wykorzystać spadek ciśnienia płynu mózg.-rdz., aby drogą osmoterapji łatwiej doprowadzić do płynu nie tylko neosalwarsan, lecz również i bizmut, postępowałem w ten sposób, że uprzednio podawałem choremu kilkakrotnie domięśniowo w odstępach 4-o dniowych nierozpuszczalną sól bizmutową (1 gr Bismogenolu), poczem zrana naczczo robiłem dożylne wlewanie 10 cm³ 40% urotropiny i tegoż samego dnia po sześciu godzinach wlewałem 0,6—0,9 neosalwarsanu w roztworze wodnym.

Po pewnym czasie jednak uważałem za wskazane ten sposób postępowania zmodyfikować dla następujących przyczyn. Pomijając już utrudniającą okoliczność, że przy takiem „dwufazowem" wlewaniu chory ambulatoryjny musiał przychodzić dwa razy dziennie o oznaczonej godzinie, wlewanie

---

*) Działanie urotropiny na nacieki swoiste należy rozumieć nie jako skutek jej działania krętkobójczego (Bucello) 10), lecz prawdopodobnie jako spotęgowanie sił obronnych tkanki zaatakowanej, uczynnionej pod wpływem urotropiny.

neosalwarsanu 6 godzin po zastrzyknięciu urotropiny nie było niczem uzasadnione jako najodpowiedniejszy czas dla dożylnego wprowadzenia salwarsanu, które powinno mieć miejsce podczas maksymalnego spadku ciśnienia płynu mózg.-rdzen. Z doświadczeń W e e d'a i Mc. K i r b e n a 2) wypada, że u kotów maksimum spadku ciśnienia następuje już po 10 minutach od początku zabiegu, nie wiadomo jest jednak (z braku odnośnych doświadczeń), jak się ta sprawa przedstawia u ludzi.

Uważałem dlatego za słuszne przystąpić do prób rozpuszczania neosalwarsanu w 40%-owym wodnym rozczynie urotropiny, aby otrzymany roztwór wlewać dożylnie za jednym zabiegiem i tem samem umożliwić neosalwarsanowi wykorzystanie najodpowiedniejszego czasu dla łatwiejszego przedostania się do płynu.

Neosalwarsan rozpuszcza się w 40% wodnym roztworze urotropiny na zimno powoli, przy stałem skłócaniu proszku pałeczką szklaną, przy lekkiem nagrzaniu — szybko, dając ciecz klarowną cytrynowo-pomarańczowej barwy. Dla wypróbowania tolerancji tego roztworu stosowałem początkowo 0,15, 0,3—0,45 neosalwarsanu w 5 gr. 40% urotropiny; dawki te wszyscy bez wyjątku chorzy ambulatoryjni znosili jak zwykłe roztwory wodne. Następnie przechodziłem stopniowo do dawek 0,5, 0,6, 0,75, 0,9 NS w 10,0—15,0 gr 40% urotropiny. Roztwory te chorzy znosili ambulatoryjnie bez żadnych powikłań ogólnych i bez podrażnienia nerek, donosząc tylko o silniejszem parciu na mocz, które się zjawiało zazwyczaj dopiero w kilka, najczęściej kilkanaście godzin po zabiegu. Przekonało mnie to o n i e s z k o d l i w o ś c i s t ę ż o n y c h r o z t w o r ó w u r o t r o p i n y j a k o *vehiculum* d l a n e o s a l w a r s a n u, a z w i ę k s z o n e p a r c i e n a m o c z k a z a ł o m i p r z y p u s z c z a ć, ż e j e s t t o d z i a ł a n i e u r o t r o p i n y, z a c h o w a n e j w r o z t w o r z e.

Czy urotropina i neosalwarsan, znajdujące się w powyższym roztworze, łączą się ze sobą chemicznie, czy też pozostają bez zmiany, zachowując każde oddzielnie swoje własności, pytanie to może być rozwiązane tylko przez dokładną i mozolnę analizę chemiczną, którą należy pozostawić chemikowi. Na zasadzie teoretycznego rozważania wypada mi tutaj tylko zaznaczyć, że gdyby nawet w roztworze tym zachodziło jakiekolwiek połączenie chemiczne, to wobec faktu, że drobina neosalw. jest przeszło 3 razy (3,37) cięższa od drobiny urotropiny (Ns: urotropiny = 472:140), mogło by to być tylko p o ł ą c z e n i e c z ę ś c i o w e, g d z i e u r o t r o p i n a m u s i a ł a b y p o z o s t a ć w z n a c z n y m n a d m i a r z e: przy łączeniu np. 0,6 Ns. z 4,0 urotropiny (10 cm.^{3} 40% urotropiny) na jedną cząsteczkę Ns. przypadłoby przeszło 22 cząsteczki urotropiny.
W takim razie ten częściowy związek chemiczny, jak o tem przekonały mnie spostrzeżenia na ludziach, którym roztwór ten podawałem dożylnie, nie posiadałby własności trujących w wyżej podanych dawkach, a w znacznym nadmiarze znajdująca się urotropina, powinna zachować tę rolę, jaką ma tu odegrać.

Powyższe dane, zachęciły mię do systematycznego stosowania dożylnych wlewań neosalw. w 40% roztworze urotropiny w przypadkach kiły z płynem patologicznym. Postępuję przytem w sposób następujący: z początku „ładuję" chorego bizmutem, podając mu trzy razy z rzędu po 1 gr. Bismogenolu domięśniowo w odstępach czterodniowych; po trzeciem zastrzyknięciu następnego dnia naczczo robię pierwsze wlewanie dożylne, 0,6 Ns. na 1-5,0 gr 40% urotropiny, które w dalszym ciągu powtarzam po każdym bizmucie, podnosząc stopniowo dawki Ns. do 0,75—0,9.

Z 42 przypadków kiły z płynem patologicznym, leczonych w ciągu 3-ch lat systematycznie w powyższy sposób, w 10-ciu przypadkach miałem możność kontrolować płyn dwa miesiące po skończonych trzech leczeniach, w ciągu których chory otrzymywał przy każdem leczeniu 12 wstrzyknięć Bismogenolu i 10 wlewań salwarsanizowanej urotropiny. Metoda ta daje mi wyniki zachęcające do jej kontynuowania. Szczegółowe sprawozdanie z dotychczas kontrolowanych i bieżących przypadków będzie ogłoszone później.

Pierwszą wzmiankę o stosowaniu przeze mnie dożylnych wlewań 40% salwarsanizowanej urotropiny zrobiłem na III-cim Zjeździe Pol. Tow. Derm. w Krakowie w czerwcu 1924 r. w dyskusji nad odczytem kol. K a u c z y ń s k i e g o ze Lwowa. W sekcji dermatologicznej XII. Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich polecałem wypróbowanie tej metody na większym materjale, ponieważ metoda ta jako racjonalna w założeniu teoretycznem, a, co najważniejsza, nieszkodliwa, może nam oddać cenne usługi przy leczeniu płynu patologicznego chorych kiłowych. Należy bowiem uprzytomnić sobie, że doprowadzenie do stanu prawidłowego chorego płynu powinno być uważane za nieodzowny postulat „p o r o n n e g o" leczenia późnej kiły nerwowej; a zadanie to, zwłaszcza w przypadkach kiły starszej daty, przy zwykłych metodach leczenia jest trudne i nieraz niewykonalne.

Piśmiennictwo:

1) K. S t e j s k a l. Osmotherapie. — 2) Amer. Journ. of. Physiologie 1919. str. 512. — 3) Amer. Journ. of Physiologie 1920. str. 464. — 4) Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1922. str. 264. — 5) Przegląd dermat. 1924. — 6) Polska Gaz. Lek. 1924. Nr. 42, 43. Przegląd dermat. 1924. Nr. 1. — 7) Arch. für Klin. Chirurgie. T. 125. Zeszyt 3. — 8) Wien. Klin. Woch. 1916. Nr. 32. — 9) Med. Klinik 1912. Nr. 50, 51. — 10) D. Z. f. Chirurgie. 1922. Zeszyt 1—2.

Dr. Franciszek ŁUKASZCZYK. Kraków.
asystent Kliniki.

Badania nad Petrênowską metodą leczenia cukrzycy.

Z II. Kliniki Wewnetrznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr. Witold O r ł o w s k i.

Doniesienie tymczasowe.

W ostatnich latach podał P e t r é n nową metodę dietetycznego leczenia ciężkiej cukrzycy. Doprowadziły go do tego spostrzeżenia, że postacie ciężkiej cukrzycy są specjalnie wrażliwe na białko, pod wpływem którego zwiększa się u tych chorych nie tylko cukromocz i poziom cukru w krwi, lecz, co ważniejsze i kwasica. Odpowiednio do tego w ciężkiej cukrzycy ogranicza P e t r é n w diecie znacznie białko, podając je z początku leczenia nawet poniżej minimum zapotrzebowania i to w postaci białka roślinnego. Oprócz białka, podaje też niewielka ilość węglowodanów w postaci zielonych jarzyn, niezbędną zaś ilość jednostek cieplnych uzupełnia tłuszczami, które wpływając na wzrost kwasicy, podług jego spostrzeżeń, tylko nieznacznie, a często nawet, ograniczając spalenie białka, obniżają ją. Dopiero po obniżeniu się cukru we krwi do normy, stopniowo i bardzo ostrożnie, rozszerza P e t r é n dietę.

Nad tą metodą pracowałem w Krakowskiej Klinice Wewnętrznej Prof. Witołda O r ł o w s k i e g o w latach szk. 1923/4 i 1924/5. Szczegółowo te badania przedstawię w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Tu zaś podam tylko wnioski, do których doszedłem.

Otóż metoda Petréna:

1. usuwa cukromocz, za wyjątkiem postaci bardzo ciężkich,

2. obniża przecukrzenie krwi, często do normy, lecz z szybkością niejednakową,

3. obniża dobową ilość moczu, jego ciężar właściwy i zredukowany oraz kwasotę ogólną.

4. sprowadza mierną acetonurję, która się utrzymuje przez czas długi,

5. poprawia przemianę azotową i bilans azotowy,

6. na tolerancję na węglowodany i białko wpływa w ten sposób, że pozostaje ona bez wydatnej zmiany, lub się podnosi,

7. na wskaźnik refraktometryczny surowicy krwi wpływa niejednakowo podnosząc go lub obniżając,

8. przywraca chorym zdolność do pracy.

Z naszych badań wynika ponadto, że na poziom cukru w krwi u chorych na cukrzycę wpływa ilość nie tylko węglowodanów w pokarmach, lecz i białka. Stąd wynika, że chcąc oznaczyć tolerancję na węglowodany, należy uwzględnić zawsze ilość pobranego białka. Tu zaznaczę, że badania moje nad innymi chorymi na cukrzycę uwydatniły też znaczenie pod tym względem i jakości białka.

Przeszkodę do stosowania leczenia dietetycznego Petréna przez czas dłuższy stanowi jednostajność pożywienia, oraz ta okoliczność, że zwłaszcza w przypadkach cięższych nie udaje się chorego doprowadzić do równowagi azotowej, tem więcej, że przyswojenie azotu tej diety jest gorsze niż diety mieszanej.

Z praktyki.

Dr. Józef TYPOGRAF. Warszawa.

W sprawie meningokokowego zakażenia krwi.

Z oddziału wewnętrznego „B" Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Ordynator: doc. dr. M. Semerau-Siemianowski.

Dnia 6. VII. 1925. zgłosił się na oddz. wew. „B" Szp. Św. Łazarza chory S. K. lat 47, rzeźnik z zawodu, stały mieszkaniec miasta Mławy. Przybył ze skargami na dolegliwości sercowe, bole w nogach uniemożliwiające chodzenie, gorączkę, wychudzenie i wzrastające osłabienie ogólne. Leczył się dłuższy czas u lekarzy miejscowych, lecz wobec braku jakiejkolwiek poprawy przyjechał do Warszawy.

Wywiady przedstawiają się jak następuje:

Rodzice żyją i pomimo podeszłego wieku są zupełnie zdrowi, rodzeństwo również zdrowe. Chorób przebytych w dzieciństwie nie pamięta. Naogół był zawsze zdrów, wyróżniał się dużą siłą fizyczną. Mając lat 18 wyemigrował do Ameryki, gdzie przebywał 7 lat, następnie zaś wrócił do kraju. Żonaty od 19 lat, żona zdrowa, 10 razy zachodziła w ciążę, 9-ta ciąża zakończona poronieniem, 5-cioro dzieci żyje, są zdrowe, czworo zmarło na ostre choroby zakaźne wieku dziecięcego. W r. 1920 chorował na zapalenie wyrostka robaczkowego; wbrew wskazaniom lekarzy nie zgodził się na zalecaną operację; po przeminięciu okresu ostrego odczuwał przez jakiś czas tępy ból w okolicy kątnicy, który wreszcie minął zupełnie; nawrotów cierpienia nie było. Chorób wenerycznych nie przechodził. Warunki życiowe dobre. Do chwili obecnego zachorzenia palił około 30 papierosów dziennie. W ciągu ostatnich lat nadużywał alkoholu: wypijał przeciętnie ponad szklankę wódki dziennie, a nierzadko i znacznie więcej. Jako rzeźnik odżywiał się przeważnie mięsem.

Dwa lata temu zaczął doznawać dolegliwości ze strony serca; mianowicie, po większym wysiłku fizycznym, jak n. p. dźwignięciu cięższego kawału mięsa, występowało kłucie w okolicy serca, tępy ból oraz duszność uniemożliwiająca mu dalszą pracę i nakazująca natychmiastowy odpoczynek oraz pozbawiająca go możności mowy. Ból był ściśle ograniczony do okolicy serca i nigdzie nie promieniował. Stan taki trwał 1—2 minuty i mijał nie pozostawiając trwalszego śladu, tak, że chory nie zwracał na swe dolegliwości większej uwagi, tembardziej, że były dnie, gdy pracował nawet bardzo ciężko, a pomimo to czuł się dobrze. Napady te występowały nieregularnie, czasem dwa razy dziennie, a czasem były i miesiące, że chory czuł się doskonale. W miarę jednak jak czas upływał, natężenie napadów stopniowo stawało się silniejsze, a dla ich wystąpienia wystarczały już mniejsze bodźce wywołujące. Chory do lekarza jednak jeszcze się nie zwracał, albowiem „nie dawał się chorobie".

Dopiero w końcu maja choroba nagle zmieniła swój dotychczasowy przebieg uważany przez chorego za łagodny. Chory, będąc zgrzany, wypił kufel zimnego piwa i, jak twierdzi, przeziębił się. Czuł, że był rozpalony, miał dreszcze, dopiero teraz uznał, że go „choroba powaliła"; był tak słaby, że musiał się położyć do łóżka. Dwukrotnie zażył, według własnego uznania chininę z aspiryną, które dotychczas pomagały mu zawsze na wszystkie jego dolegliwości, ale tym razem środki te zawiodły i stan jego po tych lekarstwach jeszcze się pogorszył. Na drugi dzień zrana, leżąc w łóżku, chory doznał napadu bolu i duszności sercowej o cechach zupełnie odmiennych niż dotychczasowe: po raz pierwszy zdarzyło się, że napad wystąpił, gdy chory leżał w zupełnym spokoju, następnie, jednocześnie z napadem wystąpiło nieznane mu dotychczas uczucie nieprzezwyciężonego lęku, bojaźń zbliżającej się śmierci; w okolicy serca czuł gwałtowny, kłujący ból. Chory miał wrażenie „jakby mu w piersiach poruszały się jakieś dwa płaskie twory idące od pach ku linji środkowej i w miarę zbliżania się do serca uciskające i miażdżące trzeci okrągły, trzepoczący się twór, znajdujący się w środku". Rozpaczliwy ten stan trwał około minuty. Wezwany lekarz zastrzyknął kamforę i zapisał choremu nitroglicerynę. Do chwili obecnej, w ciągu 6 tygodni, chory miał 6 takich niesłychanie ciężkich, w krańcowym stopniu wyczerpujących go napadów, które występowały w różnych porach dnia lub nocy i w nieregularnych odstępach czasu. W przerwach między napadami czuł się bardzo osłabiony: gdy próbował wstawać, okazywało się, że nie był w stanie chodzić, gdyż doznawał silnych rwących bolów w okolicy łydek, tak, że natychmiast musiał się kłaść z powrotem i bole wówczas łagodniały. Niezależnie od tych prób wstawania miewał przeważnie w nocy napady silnych szarpiących kurczowych bolów kończyn dolnych, a rzadziej i górnych. Bole były prawie zawsze obustronne, szczególnie jednak dokuczała mu lewa ręka i lewa noga. Jednocześnie z napadami bolów miewał zawsze większe lub mniejsze podwyższenie ciepłoty, której regularnie nie mierzył i na którą wogóle nie zwracał większej uwagi. Napadów bolów bez ciepłoty nie było, natomiast podwyższenie ciepłoty bez bolów występowało dość często. Dreszczów chory nie miał, nie pocił się. Z powodu bolów lub z obawy przed niemi chory spędzał noce przeważnie bezsennie. Apetyt stracił zupełnie. Stolec przeważnie zaparty. W stosunkowo krótkim czasie schudł bardzo. Kaszlu ani plwociny nie było. Wobec zupełnej bezskuteczności leczenia odwiedzających go lekarzy oraz ze względu na postępujące osłabienie, wychudzenie i dokuczliwe bole, chory przyjechał do Warszawy i zgłosił się na nasz oddział.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, o miernym stanie odżywienia. Kościec i mięśnie silnie rozwinięte. Błony śluzowe blade. Tkanka tłuszczowa podskórna skąpa. Skóra blado-ziemista. Na powierzchni wyprostnej kończyn górnych, a szczególnie dolnych po 5—10 wykwitów grudkowatych, nieznacznie wyniosłych ponad powierzchnię lub plamistych, barwy różowej, kształtu owalnego, wielkości od ziarna grochu do ziarna fasoli, o spoistości dość miękkiej, nie znikających przy ucisku i dość bolesnych zwłaszcza na stopach. Takież wykwity pojedyncze rozsiane po całym tułowiu. (O wykwitach tych chory w wywiadach nic nie wspominał, nie zauważył ich poprzednio i nie potrafi określić, kiedy wystąpiły po raz pierwszy). Gruczoły chłonne nigdzie niemacalne. W chwili badania stan bezgorączkowy. Obrzęków nie stwierdza się. Samopoczucie złe.

Język wilgotny, pokryty białawym nalotem, uzębienie prawidłowe, gardło bez zmian chorobowych. Tarczyca niepowiększona.

Klatka piersiowa symetryczna, wysklepiona, typu rozedmowego. Granice płuc z tyłu na XI. żebrze, z przodu na prawej linji sutkowej na VI. żebrze, dobrze ruchome przy oddechu. Odgłos opukowy jawny, oddech pęcherzykowy, w szczytach nieznacznie zaostrzony. Drżenie i przewodnictwo głosowe prawidłowe.

Układ krążenia. Granice serca prawidłowe, tony czyste, zaakcentowania drugich tonów nad naczyniami nie stwierdza się. Tętno 72 na minutę, miarowe, dobrze wypełnione. Ciśnienie krwi 130/65 mm. Hg. Tętnice promieniowe o przebiegu równym, poza falą tętna nie wyczuwają się. Tętno w tętnicach grzbietowych stopy zachowane, prawidłowe.

Jama brzuszna. Powłoki nie napięte, bolesności na ucisk niema. Wątroba i śledziona niemacalne.

Układ nerwowy. Źrenice równe, okrągłe, oddziałują dobrze na światło i przystosowanie. Odruchy brzuszne, kolanowe i Achillesa prawidłowe. Odruchów patologicznych nie stwierdza się. Zaburzeń czucia niema.

Badanie moczu: mocz przeźroczysty, c. g. 1017, odczyn kwaśny, białka niema, cukru niema. Urobilinogenu ślad. Odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie pojedyncze ciałka ropne i dość liczne moczany bezpostaciowe.

Badanie krwi. Ciałek czerwonych 4250000. Ciałek białych 21200. Wzór c. b.: obojętnochłonne 82%, limfocyty 13%, monocyty 5%, eozynochłonne 0. Hemoglobiny 64%. Kilkakrotne badanie krwi na obecność pasorzytów zimnicy wypadło ujemnie. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Dwukrotnie dokonany posiew krwi okazał się jałowym. Odczyny aglutynacyjne Vidala, Weil-Felixa i na paratyfusy wypadły ujemnie.

Prześwietlanie klatki piersiowej promieniami Roentgena wykazało nieznaczne zacienienie szczytów, nie wyjaśniających się przy kaszlu. Wnęki, serce i pasmo naczyniowe odchyleń od normy nie wykazały.

W ciągu pierwszych dni pobytu w szpitalu chorego pozostawiono dla celów obserwacyjnych bez żadnego leczenia. Ciepłota wykazywała nieprawidłowe skoki, wahające się w nocy i w godzinach rannych około 38°—39°6', w ciągu zaś dnia stan był przeważnie bezgorączkowy; późnym wieczorem gorączka szła zwykle znowu do góry. Krzywa gorączkowa miała wszelkie cechy gorączki posocznicznej. W ciągu dnia w okresach bezgorączkowych chory czuł się względnie dobrze. Dolegliwości sercowe były bardzo nieznaczne, natomiast dokuczały mu zwłaszcza w nocy bole w kończynach dolnych, szczególnie w okolicach wykwitów, z których jedne po 2—3 dniowem trwaniu cofały się zupełnie, nie pozostawiając żadnych śladów, natomiast pojawiały się inne. Były dnie, że wykwity znikały całkowicie.

Reasumując powyższe, widzimy, że mieliśmy do czynienia z chorym, u którego na tle nadużycia alkoholu, tytoniu i mięsa pojawiły się początkowo względnie łagodne objawy dusznicy bolesnej, powikłanej ostatnio przez chorobę gorączkową, mającą wszelkie cechy ukrytego zakażenia krwi; powikłanie to wpłynęło w znacznym stopniu pogarszająco na objawy sercowe, zwiększając bardzo silnie ich natężenie i dołączyło dolegliwości ze strony kończyn dolnych zbliżone do chromania przestankowego. Można było przypuszczać, że nowe objawy bólów w nogach i wystąpienie wykwitów oraz pogorszenie się i zmiana charakteru bólów sercowych były wywołane przez jedną i tę samą przyczynę, mianowicie zakażenie krwi na tle narazie nieznanem i trudnem do stwierdzenia wobec ujemnych wyników wykonanych dotychczas badań laboratoryjnych.

W rozpoznaniu różniczkowem z początku myślano o nietypowej zimnicy. Nieznalezienie jednak we krwi zarodników, nietypowy dla malarji obraz krwi, brak powiększenia śledziony — przemawiały stanowczo przeciwko takiemu rozpoznaniu. Rozpoznanie to *ex juvantibus* również zawiodło, gdyż leczenie chininą żadnego wpływu na przebieg choroby nie wywarło.

Przypuszczenie powolnego zapalenia wsierdzia również zostało odrzucone z powodu braku wady serca, niepowiększenia śledziony, braku krwi w moczu, braku anemji.

Próba leczenia salicylanami w przypuszczeniu, że choroba polega na zakażeniu gośćcowem również żadnego wyniku nie dała.

Dane anamnestyczne, ujemny odczyn Bordet-Wassermanna i brak jakichkolwiek objawów kiły przemawiały przeciwko rozpoznaniu zakażenia kiłowego.

Brak powiększenia gruczołów chłonnych i śledziony oraz brak eozynofilji wykluczały *lymphogranulomatosis maligna.*

O ostrej białaczce również nie mogło być mowy ze względu na brak patologicznych postaci krwinek białych.

Czas trwania choroby, przebieg ciepłoty i ujemne odczyny zlepne wykluczały choroby durowe.

Nieprawidłowa gorączka, bole mięśniowe, objawy skórne, apatja, leukocytoza, przebieg choroby i stan ogólny nasuwały myśl o *periarteriitis nodosa.* Brak jednak zwykłych w tem cierpieniu bolów w podbrzuszu, objawów nerwowych, nerkowych i ze strony przewodu pokarmowego, wybitniejszej niedokrwistości, potów — przemawiały przeciwko rozpoznaniu tej rzadkiej postaci chorobowej.

Dla rozpoznania gruźlicy absolutnie żadnych danych nie było.

Ciepłotę mogłaby powodować sama dusznica bolesna z ew. następczemi ogniskami martwicowemi mięśnia sercowego, lecz na to nie było danych ze strony serca i układu krążenia, które żadnych odchyleń od normy nie wykazywały.

Tak, ostatecznie, pomimo jałowości posiewu krwi najprawdopodobniejszem wydawało się przypuszczenie zakażenia krwi na najczęściej występującem tle łańcuszkowcowem; choremu stosowano przez dłuższy czas dożylnie i przez odbytnicę koloidalne preparaty srebra, również bez żadnego efektu.

Początkowy okres obserwacji oraz dokonywania badań laboratoryjnych i okres leczenia chininą, salicylem i srebrem koloidalnem trwał około 3 tygodni. Stan chorego nie uległ od chwili przybycia prawie żadnej zmianie. W czasie tym chory miał dwa bolesne ataki sercowe, połączone z dusznością, jeden o natężeniu bardzo silnem, drugi słabszy; stosunkowo największą ulgę sprawiało choremu wdychiwanie azotynu amylowego. Wykwity skórne pojawiały się i ginęły, pojedyncze z nich dochodziły do wielkości 2-złotowej monety srebrnej. Choremu najbardziej dokuczały, szczególnie w nocy piekące bole w kończynach dolnych; chory określał ten ból jako wrażenie gorącej taśmy w głębi kończyny. 27. VII. 1925 r. chory począł się skarżyć na ból w prawem jądrze, które okazało się obrzmiałem, wielkości mandarynki i bardzo wrażliwem na dotyk. Obrzmienie to i ból po 4-dniowem trwaniu ustąpiły bez śladu. Ciepłota nadal wykazywała przebieg zupełnie nieprawidłowy, po nielicznych dniach bezgorączkowych stwierdzano szereg dni z gorączką dochodzącą do 39°. W ciągu tych 3 tygodni chory stracił na wadze 2.5 klg.

Wobec ujemnego wyniku dotychczasowego leczenia pomyślano wówczas o bardzo rzadkich i trudnych do rozpoznania możliwościach, mianowicie o zakażeniu krwi meningokokowem lub pneumokokowem, przebiegającem nietypowo, bez umiejscowienia, zwykle właściwego tym drobnoustrojom. Rozpoznania te brano zresztą w rachubę zaraz po przybyciu chorego, nie uwzględniono ich jednak początkowo ze względu na wyjątkową rzadkość podobnych przypadków.

Aglutynacja krwi na meningokoki dała wynik następujący: Aglutynacja ze szczepem typu A w rozcieńczeniu 1:10+, 1:20+, 1:40+, 1:80+. Nie aglutynuje 1:160.

Dopiero to badanie rozstrzygnęło rozpoznanie: *sepsis menigococcica sine meningitide* i umożliwiło zastosowanie racjonalnego etjotropowego leczenia swoistego.

Po zastrzyknięciu domięśniowem 10 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej (A+B), jak za dotknięciem różdżki czarodziejskiej, ustąpiły w zadziwiająco krótkim czasie wszystkie bez wyjątku dolegliwości chorego. Po raz pierwszy od wielu tygodni chory doskonale przespał całą noc i obudził się, według jego słów „jako zupełnie zdrowy człowiek". Ciepłota najwyższa wynosiła 37°2. Zewnętrzny wygląd chorego zmienił się nie do poznania: nie robił on już wrażenia człowieka ciężko chorego, zmęczonego, zniecierpliwionego długiem trwaniem cierpienia; stał się ożywionym, zadowolonym, rzeźkim; sam mówił, że czuł wyraźnie, iż teraz dopiero zastosowano mu odpowiednie lekarstwo. Bole w kończynach ustąpiły zupełnie, wykwity po 2 dniach zniknęły bez śladu aby się już więcej nie pojawić. Na drugi i trzeci dzień chory dostał jeszcze po 1 zastrzyknięciu 10 cm³ surowicy i wówczas osiągnięto stan bezgorączkowy. Chory czuł się doskonale, łaknienie poprawiło mu się znakomicie, uważał się za zupełnie zdrowego i chciał się koniecznie wypisać. Z trudem udało się go zatrzymać w szpitalu jeszcze przez tydzień. W czasie tym nie stwierdzono żadnych objawów chorobowych. Dolegliwości sercowe również ustąpiły. Chory chodził wiele po bardzo górzystym terenie ogrodu szpitalnego, wchodził szybko i z łatwością kilka razy dziennie na drugie piętro i pomimo tego nie odczuwał duszności ani żadnych sensacyj sercowych. Czyli, że pogorszenie dusznicy bolesnej, które wystąpiło pod wpływem zakażenia meningokokowego, minęło zupełnie, nie pozostawiając żadnych trwałych śladów. Na dokonanie nakłucia lędźwiowego celem zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego chory w żaden sposób nie chciał się zgodzić. 8. VIII. 1925 r. po miesięcznym pobycie w szpitalu chory wypisał się bez żadnych objawów chorobowych podmiotowych ani przedmiotowych.

W przypadku tym myśl o właściwem rozpoznaniu poza gorączką nasuwały swoiste dla zakażenia meningokokowego bole w mięśniach, stwierdzane jednocześnie z atakami gorączki, objawy skórne, spostrzegane prawie we wszystkich opisywanych przypadkach, dość typowy obraz morfologiczny krwi, mianowicie leukocytoza z obojętnochłonną polinukleozą i stosunkowo dobry stan pomiędzy napadami gorączki. Z często występujących w przebiegu posocznicy meningokokowej przerzutów do szeregu narządów miał tu miejsce tylko jeden do prawego jądra. Brak natomiast było najczęściej spotykanych i najważniejszych objawów, mianowicie zajęcia opon i stawów.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość meningokokowego zakażenia krwi bez jednoczesnego zajęcia opon, ze względu na trudności diagnostyczne oraz ważność trafnego rozpoznania, które umożliwia zastosowanie leczenia surowicą i doprowadza do zupełnego wyleczenia, uprzedzając ew. zajęcie opon, występujące czasem po dłuższem trwaniu choroby lub inne groźne powikłania zwykłe dla zakażenia meningokokowego. Dowodzi on, że dwoinka meningokokowa może się przedostać ze swego najczęstszego siedliska — jamy nosowo-gardzielowej wprost do ogólnego krwiobiegu, krążyć w nim przez dłuższy czas i pomimo swego wybitnego powinowactwa do opon nie spowodować ich zajęcia.

Obraz chorobowy, pod którym przebiega meningokokcemja jest bardzo różnorodny i nie wykazuje żadnych cech patognomonicznych ułatwiających rozpoznanie. Może on przypominać dur brzuszny, gościec stawowy, zimnicę, płonicę, odrę, chorobę Werlhofa, zwykłą posocznicę. Przypadki zapalenia opon o przebiegu piorunującym polegają najprawdopodobniej na uogólnieniu zakażenia; o ile nie dochodzi do sztywności karku, rozpoznanie bywa bardzo trudne. Marcovich opisuje przypadek przebiegający pod postacią duru plamistego. Przypadków takich spostrzegano wiele podczas wojny. Zakażenie meningokokowe może przebiegać w sposób podostry, prowadząc do trwającej długie tygodnie gorączki przerywanej lub zwalniającej o charakterze nieprawidłowym. Przypadki takie opisywali: Salomon, Liebermeister, Gohn, Zeissler, Riedel. Chevrel i Bourdinière spostrzegali *erythema nodosum* z gorączką przerywaną jako wyraz meningokokowego zakażenia krwi. Ciekawe jest spostrzeżenie Monziols'a i Loizeleur'a, którzy w przypadku gorączki, opryszczki, bolu głowy i kłucia w boku dowiedli zakażenia meningokokowego i znaleźli meningokoki w płynie opłucnowym. W pewnej części przypadków jak np. Salomona, Bittorf'a, May'a i Portret'a po kilkutygodniowem trwaniu ogólnego niedomagania doszło jednak do wystąpienia objawów oponowych. Cztery przypadki późnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z długotrwałym okresem zwiastunnym w postaci posocznicy meningokokowej opisał w naszem piśmiennictwie Simchowicz. Podobny przypadek ogłosił u nas Frenkel.

Simchowicz odróżnia cztery postacie posocznicy meningokokowej: piorunującą, ostrą, podostrą oraz przewlekłą; pod względem zaś stosunku do najczęstszego schorzenia meningokokowego — zapalenia opon odróżnia również cztery postacie:

1. posocznicę czystą bez zapalenia opon (*Meningococcaemia ameningitica*).
2. posocznicę z późną drętwicą karku (*Meningococcaemia praemeningitica*).
3. posocznicę wtórną występującą w przebiegu drętwicy karku (*Meningococcaemia postmeningitica*).
4. posocznicę z kilkakrotnie powtarzającem się zapaleniem opon (*Meningococcaemia parameningitica*).

Rozpoznanie meningokokowego zakażenia krwi jest bardzo trudnem i przedstawia zdobycz ostatnich lat. Można o niem myśleć wówczas gdy do gorączki dołączają się objawy zwykle spotykane przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych, jak np. wysypki plamiste, różyczka, wybroczyny krwawe, krwawienia z narządów wewnętrznych, obrzmienia stawów i bole stawowe, bole w krzyżu, wzdłuż kręgosłupa, w kończynach. Istotę cierpienia wyjaśnia jednak jedynie posiew krwi lub serodiagnostyka. Wyhodowanie meningokoków ze krwi, które się udaje stosunkowo rzadko, wcale nie jest koniecznie potrzebnem do rozpoznania, w zupełności wystarcza próba zlepna. Netter obserwował siostrę chorego na nagminne zapalenie opon mózgowych; stwierdzono u niej gorączkę, wybroczyny krwawe, rumień wielopostaciowy, krwawienia do kiszek, objawów oponowych nie było żadnych. Płyn mózgordzeniowy był przejrzysty i jałowy. Próba aglutynacyjna na meningokoki wypadła u tej chorej niezwykle silnie dodatnio (1:400) i dowiodła, że chodzi tu o zakażenie meningokokowe. Według Lingelsheima aglutynacja zupełna 1:25, albo niezupełna 1:50 uchodzi za całkowicie miarodajną.

Można również rozpoznawać posocznicę meningokokową zapomocą poszukiwania drobnoustrojów w wycinkach skóry z okolicy wykwitów lub też zapomocą posiewu limfy otrzymanej z tychże wykwitów i wyhodowania z niej meningokoków, wreszcie też zapomocą metody odchylenia dopełniacza.

Rokowanie w przypadkach piorunujących i ostrych jest bardzo poważne; przypadki podostre i przewlekłe rokują znacznie lepiej.

W przypadkach gorączki o ukrytej przyczynie należy przy rozpoznaniu różniczkowem pamiętać o zakażeniu meningokokowem, co jest ważnem szczególnie z tego względu, że wślad za właściwem rozpoznaniem, będąc w posiadaniu tak potężnego środka leczniczego jak surowica przeciwmeningokokowa, możemy zastosować skuteczne leczenie swoiste. Możliwe, że przypadki te nie są tak bardzo rzadkie jak się to wydaje, a to dlatego, że wiele z pośród nich pozostaje nierozpoznanemi. Przypadek meningokokowego zakażenia krwi w którym dopiero po czterotygodniowem trwaniu gorączki wystąpiły objawy oponowe i zakończony wyleczeniem spostrzegał niedawno w praktyce prywatnej doc. dr. Semerau-Siemianowski (doniesienie ustne). Inny przypadek o przebiegu podostrym podobnym do opisanego i również wyleczony surowicą obserwowano w r. 1923 na I klinice wewnętrznej w szpitalu Św. Ducha.

Piśmiennictwo:

A. Gluziński. Pol. Gaz. Lek. Nr. 28. 1925. — T. Simchowicz. Warsz. Czas. Lek. Nr. 4. 1924. — T. Simchowicz. Neurologja Polska. Tom. VI. 1922. — Frenkel. Neurologja Polska. Tom VI. 1922. — W. Biegański. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. 1900. — R. Nitsch. Szczepionki i surowice. 1921. — A. Marcovich. Wr. kl. Woch. 1906. Str. 1312. — H. Salomon. Berl. kl. Woch. 1902. Str. 1045. — G. Liebermeister. M. med. Woch. — Ghon. M. med. Woch. 1916. Str. 944. — Zeissler u. Riedel. D. med. Woch. 1917. Nr. 9. — M. F. Chevrel i M. J. Bourdinière. Soc. med. des Hòpitaux. 1910. XXX. Str. 165. — M. Monziols i M. Loizeleur. Bell. de Soc. med. des Hôp. 1910. XXIX. — Bittorf. M. med. Woch. 1916. Str. 951. — May i Portret. Gaz. des hôp. 1912. LXXXV. Str. 1103. — Netter. Bull. de l'académie de med. 1909. LXII. Str. 106.

Dr. A. LASKIEWICZ. Poznań.

Przypadek kuli karabinowej w oskrzelu prawem u dziecka.

Z pośród ciał obcych twardych, spotykanych w świetle tchawicy i oskrzeli odrębną grupę stanowią przedmioty metalowe, które już po krótkotrwałem zaleganiu mogą wywołać zmiany zapalne przewlekłe w tkance płucnej oraz głębokie odleżyny w ścianie oskrzeli, a oprócz tego wskutek niepodatności samego materjału dają się z trudnością uchwycić i wydostać nazewnątrz. Ciała metalowe cienkie i płaskie jako to: spinki, gwoździki, spinaczki, szpilki, guziki, drobne monety, a dalej ciała metalowe rurkowate, dają się stosunkowo jeszcze łatwiej ująć kleszczami, natomiast ciała metalowe gładkie, kuliste, walcowate lub stożkowate (kula rewolwerowa, karabinowa) przedstawiają dla wyjęcia z reguły znacznie większe trudności. Zwłaszcza w przypadkach, w których światło danego oskrzela nieznacznie tylko przewyższa średnicę największego obwodu wchłoniętego ciała obcego, ujęcie go kleszczami w wymiarze całej jego szerokości staje się wprost niemożliwe bez narażenia ścian oskrzela na cięższe obrażenia. To też zadaniem naszem jest w podobnych przypadkach stworzyć jak najdogodniejsze warunki dla wyjęcia przez odpowiednie ułożenie chorego tak, aby ciało to ujęte kleszczami płytko przy nieznacznie ponad powierzchnią wystającym brzegu (0,5—1 mm.), mogło równocześnie własnym ciężarem przedostać się do końca rury tracheoskopowej i nazewnątrz. Bardziej skomplikowanem staje się nasze postępowanie przy ciałach metalowych kulistych o zupełnie gładkiej powierzchni, zatykających ściśle światło oskrzela (kule rewolwerowe). Tu o jakiemś wyważeniu kuli haczykiem od dołu, względnie uchwyceniu jej zębatemi obcążkami nie może być mowy, to też staramy się innemi sposobami wciągnąć to ciało do wnętrza rury bronchoskopowej. Herb, Tilley i Godllee zastosowali do wydobywania zaklinowanego w świetle oskrzela, twardego ziarna grochu, wacik napojony płynną parafiną, osadzony na długim metalowym zgłębniku, który wprowadzili przez rurę bronchoskopową bezpośrednio na górną

powierzchnię ciała obcego, a następnie nagłym ruchem wciągali to ciało do światła tej rury i nazewnątrz. Botey sporządził specjalne rury bronchoskopowe do aspirowania ciał obcych z oskrzela. Wreszcie ostatnio Bumba z Pragi opisał przypadek wchłonięcia stalowej kuli o 8 mm. średnicy do światła prawego oskrzela u 16-letniego chłopca. Ponieważ w żaden sposób nie było można kuli tej uchwycić kleszczami do ciał obcych twardych, a próby wydobycia dużym elektromagnesem spełzły na niczem, użył wyżej wspomniany autor długiego cewnika angielskiego Nr. 6, przy pomocy którego udało mu się pompą ssącą wciągnąć kulę tę do lejkowatego rozszerzonego jego końca. W dwóch operowanych przezemnie przypadkach wchłonięcia kuli karabinowej do oskrzela u dzieci zdołałem przez ułożenie chorego na wznak z przegięciem całkowitem tułowia w dół oraz na stronę przeciwną zatkanego oskrzela ułatwić sobie zbliżenie się podstawy kuli do końca rury tracheoskopowej co udogodniło mi w znacznej mierze uchwycenie tej kuli przy wystającej na 1 mm. krawędzi jej podstawy.

Przypadek pierwszy dotyczył 9-io letniej dziewczynki, która wchłonęła kulę karabinową francuską do lewego oskrzela. 5-go dnia po przypadku dokonałem wydobycia tej kuli zapomocą tracheoskopji górnej. Przypadek ten został opisany w Pol. Gaz. Lek. Nr. 1. 1924.

Drugi podobny przypadek zdarzył się z początkiem września b. r.

Chory, lat 11., A. An. z Brodnicy pod Toruniem wchłonął nagle podczas głębokiego wdechu kulę karabinową trzymaną w ustach. W dwa tygodnie po przypadku przysłano chorego ze szpitala w Brodnicy z przetoką tchawiczą dolną na oddział chirurgiczny Doc. Dr. Nowakowskiego w Poznaniu. Badanie przedmiotowe wykazało: budowa wątła, odżywienie znacznie podupadłe, T. 40°, tętno 120, słabo napięte. Oddech nasilony, przerywany napadami kaszlu, podczas którego wykształca chory wielką ilość śluzowo-ropnej wydzieliny. Lekkie zaciąganie się trzech dolnych przestworów międzyżebrowych po stronie prawej. Wypuk po całej tej stronie jawny. Szmery oddechowe osłabione, pokryte wilgotnemi rzężeniami. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało obecność kuli karabinowej w oskrzelu prawem, którego światło okazuje wyraźne rozszerzenie. Na odbitce roentgenoskopowej od tyłu ku przodowi widać wyraźnie obrysy owej kuli karabinowej ułożonej skośnie ostrym końcem w dół.
W ułożeniu chorego na wznak z przegięciem całkowitem tułowia w dół oraz na stronę lewą wprowadziłem rurę tracheoskopową przez przetokę tchawiczą do wnętrza znieczulonej tchawicy oraz górnej części oskrzela prawego. Ściany rozszerzonego oskrzela pokryte ziarniną, pochodzącą ze zmienionej zapalnie śluzówki oskrzelowej. Po wycięciu tej ziarniny, zanemizowaniu jej rozczynem z coc.-adren. i usunięciu obfitej śluzowo-ropnej wydzieliny z wnętrza oskrzela mogłem przejrzeć dokładnie całe pole operacyjne. Podstawa tej kuli, poruszającej się wolno w świetle rozszerzonego oskrzela, zbliżyła się całkowicie do końca rury tracheoskopowej tak, że po przeszło pół godziny trwających usiłowaniach mogłem ostrym chwytnikiem do ciał obcych twardych, zachwycić silnie krawędź wysterczającą na 1 mm. ponad podstawę stożka owej kuli, którą następnie już z łatwością wraz z rurą tracheoskopową wydostałem na zewnątrz.

Tak w pierwszym jak i w drugim przypadku stan ogólny chorego po wydobyciu kuli stale się polepszał, ciepłota spadła już następnego dnia do 37.2. a po zastosowaniu wdychiwań 0·3% rozczynu Zinc. sulf. z dodatkiem 0·1% adrenaliny i środków wykształśnych, także objawy nieżytu oskrzelowego szybko ustąpiły. Ósmego dnia po zabiegu chory opuścił szpital w stanie wyleczonym.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. Stanisław MEYSNER. Zakopane.

O leczeniu odmą sztuczną.

Ze Szpitala Klimatycznego w Zakopanem.

(Sprawozdanie za rok 1924).

W roku 1924 leczyło się w Szpitalu Klimatycznym w Zakopanem 254 chorych płucnych w tem 116 kobiet, 138 mężczyzn. Na każdego chorego przypadało przeciętnie 57 dni leczenia szpitalnego, czyli na każdy dzień w roku przypada przeciętnie 38,8 chorych płucnych.

TABLICA I.

Opuścili szpital	z poprawą	bez poprawy	z pogorszeniem	exitus	Suma
Mężczyźni	30	36	11	5	82
Kobiety	42	14	5	3	64
Mężczyźni	48	3	1	—	52
Kobiety	38	3	—	—	41
Mężczyźni	—	1	—	3	4
Kobiety	—	1	4	6	11
	158	58	21	17	254

Leczenie piersiowo chorych odbywa się według ogólnych zasad higjeniczno-klimatycznych. Prócz tego stosujemy dużo wapna dożylnie; na miesiąc wypada 150—200 zastrzyknięć. Daję dwa razy tygodniowo naogół po 5 ctm; przy krwotokach codziennie po 10 ctm. Z wyników jestem bardzo zadowolony, zwłaszcza przy krwiopluciach, wysiękach i zaburzeniach kiszkowych. Odniosłem wrażenie, że wapno dożylnie wpływa dodatnio na zmniejszenie się ilości plwociny i ułatwia organizmowi przejście z formy wysiękowej do produktywnej. Przy zwykłych zapaleniach opłucnej z wysiękiem o ile należą do II. okresu według Rankego i wykazują silną allergię stosowałem bardzo skutecznie Ektebinę. (Do tej samej kategorji należą także bardzo często flikteny oczne, które tak samo dobrze reagują na tuberkulinę). Przypadki odpowiednie leczę sztuczną odmą.

W czasie od listopada 1923 r. do końca 1924 r. leczyłem w Szpitalu Klimatycznym w Zakopanem 50 chorych odmą sztuczną. Chorzy nasi są przeważnie przyjezdni i pochodzą ze sfer niezamożnych; leczono 30 kobiet i 20 mężczyzn. Czas trwania obserwacji rozciąga się przeciętnie na 128 dni, a wynosił w minimum 16 — w maximum 406 dni.

Następujące tabele podają zajęcie i wiek naszych chorych. Najmłodsza chora miała lat 11, najstarsza lat 44, wiek przecietny był lat 26.

TABLICA II.

Młodzież ucząca się	13	I. dekada życia	0
zajęcie domowe	13	II. » »	6
urzędnicy	8	III. » »	26
rolnicy	6	IV. » »	16
nauczycielstwo	3	V. » »	2
kolejarze i robotnicy	4		
kupcy	1		
zakonnice (cy)	2		
Razem.	50		50

Z liczby wyżej wymienionych chorych, przyszły dwie chore już ze zrobioną odmą, pięciu chorym w szpitalu zrobił odmę kolega S. Dopełnień wykonałem około 300. Do statystyki nie wliczam tych chorych, których leczyłem odmą ambulatoryjnie i 10 chorych szpitalnych, którym odmy zrobić się nie udało. Przyczyną niemożności założenia odmy były w 6 przypadkach zrosty opłucno-

we stwierdzone klinicznie i roentgenologicznie; u 3 chorych wszystkie metody badania przemawiały za wolną opłucną — nie natrafiłem jednakże na wahania ujemne. Jeden chory zaraz po nakłuciu zemdlał w chwili, kiedy manometr wykazywał wyraźne wahania ujemne. Chory ten później na dalsze próby zgodzić się nie chciał; embolję w tym przypadku można było wykluczyć. O jednym przypadku embolji powiem później.

Do zakładania odmy, jak i do reinsuflacji posługiwałem się prawie wyłącznie aparatem Muralta, ostatnio też znanym aparatem sporządzonym w Zakopanem w firmie Schiele. Stosowałem stale metodę nakłucia według Forlaniniego; używam przeważnie średnio-grubej igły rekordowej. Do założenia odmy i dopełnień używam zwykłego filtrowanego powietrza. Pole operacyjne jodynuję rozcieńczoną jodyną, znieczulam chlorkiem — etylu, otworu nie zalepiam. Zabieg wykonuję, o ile niema gwałtownego wskazania jak np. krwotok w godzinach rannych. Po założeniu odmy trzymam chorego conajmniej tydzień, po dopełnieniu conajmniej 24 godz. w łóżku.

Wskazanie:

Wskazaniem do założenia sztucznej odmy była w 19 przypadkach ostro postępująca sprawa z objawami mniejszego lub większego rozpadu w jednem płucu, gdzie po leczeniu klimatycznem niczego spodziewać się nie należało, lub gdzie wszystkie próby leczenia zawiodły. Wskazanie socjalne zanotowałem 11 razy, to znaczy: proces gruźliczy nie jest tak ciężki, aby przy długotrwałem leczeniu klimatycznem nie mógł się uspokoić. Jednakże chorzy nasi mają bardzo ograniczone środki materjalne i zmuszeni są pogodzić się z możliwością różnych komplikacyj odmowych, aby tylko prędzej móc wrócić na swoją posadę i leczyć się dalej ambulatoryjnie.

W 6 przypadkach zmusiły mnie często powtarzające się krwioplucia do założenia odmy, w 3 przypadkach ciężkie krwotoki zagrażające życiu. Raz założyłem odmę w celu rozpoznawczym, chory jednakże na dalsze dopełnienia zgodzić się nie chciał, tak że rozpoznanie nie zostało ściśle ustalone.

Materjał, który zgłasza się do szpitala jest prawie bez wyjątku bardzo ciężki. Co do określenia formy schorzenia posługiwałem się topograficznym podziałem według Turban-Gerharda, dodając do podziału określenie *Tbc. productiva,* gdzie przeważała tendencja tworzenia blizn, a *Tbc. exsudativa,* gdzie przeważał charakter rozpadowy z wysoką gorączką. Jako osobną rubrykę dodałem jeszcze — *phthisis* florida, czyli według nowej terminologii *caseosa desperata*. Wszystkie formy należą do kategorji III. według Ranke'go.

Okazuje się, że z naszych 50 przypadków przypada według T-g. 36 na grupę III. 14 na grupę II., zaś według charakteru choroby na formę przeważnie włóknistą — 29, na formę przeważnie wysiękową — 18. na t. zw. *phthtisis caseosa desperata* — 3.

TABLICA III.

P. T. Lepsze	Odmowe	I.	II.	III.	Turban-Gerhardt	
	29	—	12	17	Pt. odmowe	Tbc. product.
28		25	2	1	Pt. lepsze	
	18	—	2	16	Pt. odmowe	Tbc. exsudat.
12		4	6	2	Pt. lepsze	
	3	—	—	3	Pt. odmowe	Phtisis caseosa desperata
1		—	1	—	Pt. lepsze	
	50	0	14	36	Pt. odmowe	
41		29	9	3	Pt. lepsze	

Dowiadujemy się dalej, że na 50 przypadków odmy tylko 9 razy płuco lepsze było klinicznie i roetgenologicznie bez objawów chorobowych nie wliczając małych zmian wnękowych z nieznacznemi smugami i małemi drobnemi zwapnieniami.

U 41 chorych płuco lepsze wykazywało zmiany włókniste 28 razy, raz w płucu lepszem stwierdziłem już po założeniu odmy jamę wielkości orzecha włoskiego, co jednakże nie wpłynęło ujemnie na dalszy przebieg odmy. Wskazaniem w tym przypadku były ciężkie krwotoki, tak, że nie było można się długo namyślać. Wynik odmy był świetny.

W 12 przypadkach stwierdzono przy formie wybitnie wysiękowej płuca odmowego także zmiany o tym samym charakterze w płucu lepszem, co oczywiście rokowanie znacznie pogarsza.

Raz zdecydowałem się po naradzie koleżeńskiej na założenie odmy u chorej z ostro rozwijającą się gruźlicą typu *phthisis caseosa desperata* w V. mies. ciąży z wysiękowemi powikłaniami krtaniowemi. W takich przypadkach jakiegokolwiek wyniku oczekiwać nie należy, to też u naszej chorej po założeniu odmy rozwinął się ostry proces zapalny po stronie przeciwnej.

Dobry przebieg odmy zależy przedewszystkiem od dwóch momentów t. j. 1 od płuca lepszego i 2. od tego, czy ognisko chorobowe w płucu odmowem da się ucisnąć lub zapadnie.

Jak wyżej widzieliśmy przedstawia 82% naszych chorych wyraźne zmiany w płucu lepszem; o ile zmiany te są czynne istnieje obawa, że z odmą się pogorszą, ale ani najbardziej dokładne badanie kliniczne, ani roentgenologiczne nie potrafią tego zawsze dokładnie wyświetlić, a dopiero odma poucza nas o faktycznym stanie w płucu lepszem. Jeżeli zmiany wysłuchowe w lepszem płucu po pierwszych dopełnieniach znikną, — były albo przeniesione, wtedy Roentgen też dawał wynik ujemny, albo były to objawy autotuberkulinizacji. W ostatnim przypadku jest zwykle tak, że po każdem dopełnieniu, chociaż coraz mniej, zauważyć można pewne przekrwienie w ogniskach po stronie lepszej, jako wyraz odczynu ogniskowego wywołanego przedostaniem się większej ilości autoantygenów z płuca odmowego do krwi. O ile odczyny nie przekraczają znanych granic, mogą wpłynąć dodatnio i po pewnym czasie niewielkie zmiany mogą się zupełnie uspokoić. Inaczej, jeżeli objawy odczynu ogniskowego wystąpią dopiero w ciągu odmy w płucu lepszem w miejscach, gdzie przed odmą zmian chorobowych nie stwierdziliśmy; oznacza to zwykle pogorszenie i nawołuje do wielkiej ostrożności i bacznego śledzenia zmian.

Naogół stwierdzam, że na 29 przypadków gruźlicy włóknistej tylko pięć razy stwierdzono w czasie odmy pogorszenie w płucu lepszem i to przejściowe, tak, że odmy nie było trzeba przerwać i wynik końcowy był dobry.

W rubryce *Tbc. exsudativa* trzeba było w 4-ch przypadkach przerwać odmę ze względu na pogorszenie się płuca drugiego.

Odpowiedź na pytanie drugie, mianowicie, czy ognisko najbardziej chore da się ucisnąć i zapadnie, zależy od zrostów i od rodzaju schorzenia płuca odmowego. Tutaj ogólnikowo można powiedzieć, że sprawy długo trwałe t. j. włókniste wytworzyły nad ogniskiem chorobowem w tych przypadkach zwykle w górnej połowie dość rozległe zrosty. Prócz tego bywają także zrosty ku przeponie. To też prawie wszystkie odmy w przypadkach gruźlicy włóknistej były częściowe, a postacie włókniste, w których odma była całkowita mamy u chorych, którzy bardzo niedawno chorują i których gruźlica rozpoczęła się ostro wysiękowo, a którzy przy wstąpieniu do szpitala już należeli do kategorji włóknistej — t. zw. *tbc. caseosa secundaria fibrosa.*

Formy wysiękowe dają przeważnie odmę całkowitą, lub prawie całkowitą z wyjątkiem u tych chorych, którzy przed ostatniem ostrem pogorszeniem przechodzili schorzenia opłucnej. Odma częściowa nie oznacza bynajmniej, że nie będzie skuteczna. Samo unieruchomienie płuca wpływa dodatnio na proces chorobowy, a dalsze dopełniania przy stałej kontroli roentgenem mogą częściowe zrosty doprowadzić do zaniku, i płuco od opłucnej ściennej oddzielić. Czy odma będzie częściowa, czy też całkowita przewidzieć nie można; przebycie zapalenia opłucnej z wysiękiem przeważnie po tej stronie uniemożliwia założenie odmy. Czasem klinicznie stwierdzamy zupełną nieruchomość granic, roentgenem rozległe zrosty, a odmę otrzymujemy prawie całkowitą, jak to stwierdziłem w dwóch przypadkach.

Jednakże nie zrosty były przyczyną klinicznych i roentgenologicznych objawów, a zapalenie płuc zajmujące cały dół, tak, że część tego płuca wogóle nie oddychała, i z tego powodu nie mogło być objawów ruchomości dolnych granic.

Tam, gdzie z powodu zrostów jama ucisnąć się nieda, a nawet się powiększa, nie należy odmy dalej prowadzić, a chorego należy nakłonić do torakoplastyki.

Ściana jamy staje się coraz bardziej cienka i może lada chwilę pęknąć — wtedy już na plastykę jest zapóźno. Straciliśmy niedawno w ten sposób chorą, która już przez kilka miesięcy nie gorączkowała i dlatego właśnie trudno ją było przekonać, że konieczna jest operacja plastyczna. Pewnego dnia poszła prać sobie bieliznę, uczuła silny ból w boku odmowym, ciepłota wieczorem 40°, nakłucie po kilku dniach wykazało ropę, chora zaczęła pluć wysiękiem. Kawerna pękła — tem samem dalszy los chorej był przesądzony.

Komplikacją w przebiegu odmy najczęściej napotykaną jest wysięk opłucnowy. Stwierdziłem go w 32% wliczając także zupełnie małe tylko roentgenologicznie stwierdzone wysięki. Przypuszczalnie odsetek jest znacznie większy, ale niejedni chorzy byli zakrótko w szpitalu, a wiemy że wysięki powstają czasem dopiero po kilku miesiącach.

W 7 przypadkach na 16 powstał wysięk wśród typowych

objawów ostrego zapalenia opłucnej, był zawsze surowiczy z wyjątkiem dwóch przypadków pęknięcia kawerny. Wysięki rzadko kiedy dochodziły do kąta łopatki. Nakłuwam wysięki, które dochodzą do III. żebra lub jeżeli wpływają ujemnie na dalszy przebieg odmy. Z 14-tu surowiczych odmowych wysięków nakłuwałem tylko 3. Od kiedy przy każdej odmie daję systematycznie wapno dożylnie, mam mniej wysięków, a tam gdzie się pojawiają są mniej ostre i mniejsze. Pojawienie się wysięku nie jest naogół objawem tragicznym, w trzech przypadkach po wysięku zapalnym stwierdziłem wybitną poprawę. To zachęca do stosowania przy odmie leczenia swoistego i ciałami białkowemi. Toussaint już przed odmą daje tuberkulinę, co według autora m. i. ma to znaczenie, że przez dodatni odczyn ogniskowy można po lepszej stronie wykryć ogniska chorobowe.

Nie każde zapalenie opłucnej po stronie odmowej prowadzi do wysięku, a pozostaje suche — najczęściej nad przeponą — *pleuritis diaphragmatica* — jak to w dwóch przypadkach stwierdzić mogłem.

Etjologia wysięków była często dyskutowana. Wysięk niezapalny powstaje prawdopodobnie z powodu podrażnienia opłucnej i mechanicznie przy rozciąganiu zrostów. Zapalny — z powodu przetoki opłucnej (Bard) lub jako wyraz prosówkowych przerzutów do opłucnej albo też jako zapalenie wtórne nad powierzchownem ogniskiem płucnem. Raz obserwowałem powstanie świeżego owrzodzenia w krtani równocześnie z pojawieniem się zapalnego wysięku; u drugiego chorego razem z powstawaniem wysięku ropne gruźlicze zapalenie ucha środkowego. Obydwa przypadki należą do t. zw. *tbc. miliaris discreta* i potwierdzają część teorji Barda. Pewien wpływ przy powstaniu wysięku należy przypisać t. zw. przeziębieniu.

Niemiłem powikłaniem w przebiegu odmy jest krwotok, zwłaszcza jeżeli nie można ustalić, które płuco krwawi i co jest przyczyną krwawienia.

U chorej L. W. założyłem 20. VIII. 1924 r. lewo-stronną odmę z powodu ciężkiego krwotoku. Krwotok się nie powtórzył i ciepłota zaczęła spadać. Odma była kompletna. W drugiem płucu stwierdzało się niewielkie zmiany w górnem polu. Przy 3-em dopełnieniu przeszłem na ciśnienie dodatnie + 4 H_2O, — dwa dni później krwotok. Przypuszczając, że płuco odmowe za mało jest uciśnięte zdecydowałem się na dopełnienie 700 ctm.^{3} przekraczając znacznie ciśnienie dodatnie. (Kontrola roentgenem w danych warunkach była niemożliwa). Śródpiersie było znacznie przesunięte, ponowny krwotok, — po stronie nie odmowej liczne średnie rzężenia w średnim płacie. Wyrównałem ciśnienie na +, krwotok ustał odrazu i już się nie powtórzył. Krwawiło płuco nie odmowe, co roentgen później potwierdził.

Embolję zanotowałem w jednym przypadku, przy próbie założenia odmy lewo-stronnej. Zaraz po nakłuciu manometr wykazywał wahanie płucne, igła była tylko połączona z manometrem. Powietrza nie wprowadzałem. Przerwałem natychmiast zabieg, po dwóch minutach chory zaczął blednąć, stracił przytomność, pot wystąpił na twarzy, czole i piersiach, oddech był zwolniony, źrenice rozwarte nie oddziałujące, tętno prawie niemacalne. Nad zastawką 2-dzielną słychać było przez chwilę głośny szmer skurczowy. Marmurkowatości skóry nie stwierdziłem. Po pięciu minutach nastąpiły drgawki w prawej połowie twarzy i lewej górnej kończynie, jednem słowem sytuacja bardzo przykra. Wszystko to trwało 20 minut, poczem chory odzyskał przytomność. Przez tydzień jednakże czuł się niedobrze, ciepłota podwyższyła się o $^1/_2$ stopnia, skarżył się na brak łaknienia i stracił na wadze. Zresztą żadnych śladów po embolji nie pozostało.

Prócz wyżej wymienionych komplikacji w czasie leczenia odmy stwierdziłem *thrombophlebitis* 1, *abscessus periproct.* 1, mięszane zakażenie dróg oddechowych 1, *otitis media* 1.

W 1-ym przypadku *lymphogranulomatosis* odma stan pogorszyła. U 13 chorych stwierdzono mniej lub więcej rozległe zmiany w krtani, które w 7 przypadkach znacznie się poprawiły równolegle z ogólną poprawą, u 3 chorych stan pozostał bez zmian, a w przypadkach, które po odmie zaczęły znacznie się pogarszać, zmiany w krtani także uległy pogorszeniu.

Ciężkie zmiany wysiękowe w krtani, jak również gruźlica jelit są znanem przeciwwskazaniem do sztucznej odmy, natomiast objawy toksyczne chrypka, poty nocne, rozwolnienie, silne bole głowy, zaburzenia psychiczne ustępowały szybko tam, gdzie odma była skuteczna.

Jeżeli się przypatrzymy ciepłocie to stwierdzimy bardzo dodatni wpływ odmy:

ciepłota wróciła do normy	» — 23	chorych
» poprawiła się	» — 10	»
» pozostała normalna	» — 5	»
pozostała podgorączkowa	» — 1	»
» podwyższyła się	— 11	»
	50	

Na wadze przybyło	— 34	chorym
» » ubyło	— 10	»
Pozostało bez zmian	— 6	»
	50	

Równocześnie ze spadkiem ciepłoty do normy poprawiało się samopoczucie, zmniejszała się ilość plwociny i ustał czasem bardzo męczący kaszel. Tam gdzie ciepłota prędko spadała do normy, druga strona była praktycznie zdrowa. Wszyscy chorzy przed odmą prątkowali, prątki straciło zupełnie tylko pięciu chorych. Najlepszy i odrazu widoczny skutek był tam, gdzie odmę zakładałem podczas krwotoku, to też nie straciliśmy do tej pory ani jednego chorego z powodu krwotoku, tam gdzie było można stosować odmę, a krwotoki bywały czasem bardzo niepokojące.

Przy wypisaniu ze szpitala stwierdziłem:

wynik bardzo dobry	— 5	35 dodatnich
dobry	— 21	
średni	— 9	
pozostało bez zmiany	— 5	5 bez zmian
pogorszyło się	— 8	10 pogorszenie.
exitus	— 2	

35 wyników dodatnich na 50 odm wydawać by się mogło świetnym rezultatem, jednakże warunki życia i pracy, nieostrożność samych chorych, brak ścisłej kontroli fachowej, oraz w dobrze uciśniętem płucu czasem cicho rozwijający się proces, pogarszają statystykę znacznie. Tak dowiedziałem się o pogorszeniu stanu zdrowia w 5 przypadkach i o 2-ch przypadkach śmierci z pośród chorych, którzy z dobrym rezultatem opuścili szpital. Z wyżej podanych powodów w ostatnich czasach jestem mniej skłonny do zakładania odmy ze wskazania czysto socjalnego, a stosuję odmę tam, gdzie tego wymaga albo wskazanie życiowe, albo jeżeli chory może conajmniej 2—3 miesięcy pozostać w szpitalu. Leczenie ambulatoryjne daje czasami znacznie gorsze rezultaty.

Reasumując dochodzę do następujących wniosków:

1. Do leczenia sztuczną odmą nadają się rozległe schorzenia jednostronne formy włóknistej lub wysiękowej z praktycznie dobrą stroną przeciwną przyczem w postaciach włóknistych zmiany w płucu lepszem są mniej niebezpieczne, aniżeli w postaciach wysiękowych nieznaczne zmiany przywnękowe, które roentgenologicznie przedstawiają się, jako miękkie cienie i plamki, a klinicznie dają tylko oddech pęcherzykowy z ostrym wdechem i tak samo ostrym i nieco wydłużonym wydechem. Klinicznie stwierdzona nieruchomość dolnych granic, oraz roentgenologicznie stwierdzone zrosty i nieruchomość przepony nie są dowodem, że odma się nie uda. Należy próbować, zdając sobie sprawę, że próba jest niebezpieczna.

2. Odmę stosować należy tylko wtedy, jeżeli leczenie klimatyczne i konserwatywne nie daje zadowalających wyników, i jeżeli chory może pozostać 2-3 miesięcy w ścisłej obserwacji lekarskiej.

3. Przy ciężkich krwotokach odma jest najpewniejszym zabiegiem, który choremu może uratować życie. Nawet przy wyraźnych zmianach w płucu lepszem należy ją stosować chociażby na czas krótki.

4. Przeciwskazaniem jest gruźlica jelit, wysiękowa postać gruźlicy krtani, oraz t. zw. *phthisis caseosa desperata,* nawet gdyby w danej chwili roentgen w płucu lepszem nie wykazywał wyraźnych zmian.

5. Należy unikać przesunięcia śródpiersia, co wywołać może ucisk na drugie płuco. Naogół zaleca się pozostawać przy ciśnieniu ujemnem. Każda odma ma swoje optimum ciśnienia i optimum czasu, w którym trzeba ją dopełniać, aby możliwie uniknąć powikłań.

6. Wysięki wypuszczam, jeżeli wywierają niepożądany ucisk.

7. Niezbędne są częste kontrole roentgenem, (można uniknąć niejednej niemiłej niespodzianki).

8. Niebezpieczeństwo odmy powiększa się z czasem jej trwania. Nawet w dobrze uciśniętem płucu może się rozwijać ognisko, które, jeżeli będzie blizko powierzchni płuca, stale grozi pęknięciem do opłucnej.

9. Tam, gdzie z powodu zrostów jamy ucisnąć nie można, należy chorego oddać w ręce chirurga celem wykonania plastyki, dopóki jeszcze stan ogólny na to zezwala.

Oceny i sprawozdania.

Docent Dr. W. Koskowski. »O nikotynie i paleniu tytoniu«. (»Bibljoteczka higjeniczna«. Zeszyt IX.) Książnica-Atlas. Lwów-Warszawa. 1925. Stron 40.

Niewielka, a bardzo dobrze obmyślana broszurka doc. Koskowskiego wypełnia istotną lukę w polskiem piśmiennictwie popularno-higjenicznem. Zaletą jej jest przedewszystkiem unikanie przesady, częstej w wydawnictwach popularnych, a przedstawienie rzeczy zgodnie ze stanem badań naukowych; przedmiotowa prawda jest najlepszą bronią w walce o zdrowie. Pomysł zachęcenia czytelnika opowieścią o historji tyto-

niu i jego paleniu jest szczęśliwy i należałoby próbować zastosować coś podobnego w innych wydawnictwach popularnych, byleby zachowana była proporcja do właściwej treści. W broszurce doc. Koskowskiego zyskałaby tą treść właściwa gdyby ją nieco rozszerzyć, a to dodając nieco objaśnień, zwłaszcza na str. 31 i następnych a do 36, które dla laików mogą się wydać zbyt zwięzłe. Należałoby też w następnem wydaniu trochę inaczej zredagować ustępy o raku warg i języka, aby ich laik nie zrozumiał przypadkiem w ten sposób, że raki te rozwijają się tylko u takich palaczy, którzy przebyli kiłę.

Dla lekarza może być broszurka doc. Koskowskiego nieraz bardzo pożyteczną, dostarczając mu pewnych faktów jako argumentów, koniecznych w praktyce dosyć często, a nie rozpowszechnionych.

»Bibljoteczka higjeniczna«, wydawana staraniem Towarzystwa higjenicznego we Lwowie, a rozwijająca się pomyślnie, jest piękną kartą w działalności tego zasłużonego zrzeszenia. *c.*

H. Möllgaard: **Ueber die experimentellen Grundlagen für die Sanocrysin Behandlung der Tuberculose.** K. Secher: **Die Behandlung der Tuberculose mit Sanocrysin und Serum nach Möllgaard.** Lipsk 1925. Barth. Cena Rmk 4.

Dwudziesty zeszyt »Tuberkulose-Bibliothek«, wydawanej w Lipsku, w księgarni Bartha, przez prof. Lydję Rabinowicz, obejmuje w broszurze o 100 stronicach dwie prace o sanokryzynie. Pierwsza to praca Möllgaarda, profesora fizjologji we wyższej szkole rolniczej w Kopenhadze, przedstawia podstawy chemoterapji sanokryzyną, jej właściwości chemoterapeutyczne, działanie na ustrój zdrowy i gruźliczy, oraz doświadczenia lecznicze na zwierzętach, ze szczegółowem podaniem przebiegu choroby u zwierząt i wyniku sekcji, oraz zmian, jakim podlegają prątki i tkanki gruźlicze u zwierząt, leczonych sanokryzyną. W drugiej pracy, Secher lekarz naczelny wewnętrzego oddziału w szpitalu Bispebjerga w Kopenhadze, podaje szczegółowo własne obserwacje kliniczne u ludzi, i wskazówki, jak stosować należy u ludzi sanokryzynę, jakie ona wywołuje reakcje i jaki jest jej wpływ na przebieg gruźlicy u ludzi. Pracę tę ilustruje kilkanaście roentgenogramów klatki piersiowej.

Czytelnik ma sposobność w powyższych pracach, pisanych sposobem jasnym i zajmującym, zaczerpnąć wprost u źródła wiadomości o sposobie leczenia sanokryzyną, który w ostatnich czasach nabrał wiele rozgłosu. Podkreślić należy, że obie prace napisane są ściśle rzeczowo i krytycznie i że orjentują czytelnika zarówno co do leczniczych, dodatnich stron działania tego leku, jak również przedstawiają bez osłonek objawy uboczne i ukryte niebezpieczeństwa.

Dr. Blassberg (Kraków)

Felix Mandl: **Chirurgie der Sportunfälle.** Stron 303. Rycin 71, Urban-Schwarzenberg.

Wielki rozwój sportu po wojnie, rozpowszechnienie się jego pewnych gałęzi wśród szerokich mas ludowych i rosnąca z tem równolegle ilość uszkodzeń i zranień, dalej okoliczność, iż niektóre sporty (awjatyka, automobilizm, boks, piłka nożna) uprawiają prawie wyłącznie t. zw. zawodowcy, mogący w razie niezdolności do dalszej »pracy« mieć pretensje do odszkodowań – sprawiły, że lekarze zaczęli się żywiej zajmować charakterystycznemi często uszkodzeniami sportowemi. To zainteresowanie, oraz chęć uzupełnienia wydanego w 1914 roku dzieła Saara »Die Sportverletzungen«, będącego dla autora pierwowzorem, skłoniły go do napisania tej książki.

Autor podaje swoje doświadczenia, zebrane na pokaźnym, bo przeszło 1500 przypadków liczącym materjale zranień sportowych, leczonych w klinice Hochenegga.

W części ogólnej zajmuje się autor rozpoznawaniem i leczeniem zwichnięć i złamań uwzględniając najnowsze sposoby lecznicze, część szczegółowa poświęcona jest charakterystycznym urazom występującym u osobników oddających się danej gałęzi sportu.

Najwięcej miejsca (około 70 str.) zajmują uszkodzenia powstałe podczas gry w piłkę nożną, sportu dziś najb r ziej rozpowszechnionego, (mała Austrja liczy dziś 260 stowarzyszeń piłki nożnej — w której uczestniczy 60 tysięcy grających). Autor szczegółowo opisuje zranienia zdarzające się w tej gałęzi sportu, podaje rokowanie, sposoby leczenia, kładąc nacisk na osiągnięcie jaknajlepszego wyniku czynnościowego, umożliwiającego choremu dalszą grę w piłkę nożną; w Austrji kwestja ta jest bardzo ważną dla chorego, albowiem ilość t. zw. piłkarzy-zawodowców t. j, ludzi, dla których sport ten jest źródłem utrzymania i zarobku, jest dość duża.

Uszkodzenia powstałe w hokey'u, gimnastyce, tennisie i lekkiej atletyce — oraz zmiany jakie wywołuje uraz przewlekły, często powtarzany są krótko ujęte. Dość szczegółowo napisany jest rozdział o szermierce, do którego to sportu autor zaliczył i walkę na ostro, dając dość dokładne wskazówki — jakiem ma być zachowanie się lekarza przy pojedynku.

Następuje rozdział o zapasach i zawodowych uszkodzeniach zapaśników i rozdział o walce na pięści, sporcie który na Zachodzie uzyskał olbrzymią popularność dystansując nawet piłkę nożną. Typowe u pięściarzy złamania kości śródręcza, zwichnięcia kciuka, wypadki próchnicy kości licowych i ich leczenie, mechanika omdleń na ringu (knock-out) po ciosie w szczękę, oraz ciężkich uszkodzeń kończących się czasami śmiercią zapaśnika opisane są zajmująco i sprawiają że rozdział ten czyta się z dużem zainteresowaniem.

W dalszych rozdziałach zajmuje się autor urazami występującemi przy pływaniu (zwichnięcie stawu barkowego) wiosłowaniu (tendovaginitis), jeździe konnej, turystyce i cyklistyce, automobiliźmie i awjatyce.

Książkę zakończył autor opisem zranień powstających przy uprawianiu sportów zimowych (łyżwy, narty i saneczki).

Książka jest pisana zajmująco, zawiera doskonałe ryciny, świetne zdjęcia sportowe, przedmiot traktuje wyczerpująco, wydana jest starannie.

Książkę z przyjemnością przeczyta chirurg, z pożytkiem lekarz szkolny, spotykający przy obecnym rozpowszechnieniu ćwiczeń sportowych dość często typowe zranienia sportowe u młodzieży. *L. S.* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Journal d'Urologie.

Décembre 1924. Nr. 6.

Emilio Falci. **O zgorzeli nerki.** W współczesnych podręcznikach urologicznych niema wzmianki o tem cierpieniu, które, jakkolwiek samo przez się jest niezbyt rzadkie, bardzo rzadko bywa rozpoznawane. Powodem zgorzeli nerki bywa zawsze zaczopowanie tętnicy lub żyły nerkowej. Z powodu braku krążenia ubocznego zawał najczęściej dotyczy całej nerki lub b. znacznej jej części. Materjał zatorowy dają najczęściej cierpienia wsierdzia lub tętnicy głównej, rzadziej nowotwory, których oderwane cząstki nieraz dają zator wsteczny żyły nerkowej. Badania pośmiertne zmarłych z powodu cierpienia wsierdzia wykazują zawały nerek prawie w 50% przypadków. Bezpośrednio po zaczopowaniu objętość nerki zwiększa się, ażeby potem stopniowo zmniejszać się. Anatomo-patologicznie mamy nerkę zanikłą, o zabarwieniu jednostajnie szarem lub, jeśli powodem był zator żylny — brunatno-czarnem. Na przekroju budowa zupełnie zatarta, istota korowa nie różni się niczem od istoty rdzeniowej. W obrazie klinicznym najtypowszym jest nagły, bardzo gwałtowny ból okolicy nerkowej, przeważnie bez cech promieniowania ku kończynom dolnym, przy jednoczesnym b. ciężkim stanie ogólnym: zapaść, zimne poty, wymioty, t° 39° 40°. W moczu prawie zawsze mamy dużą ilość białka, a często i krwi (nieraz hemoglobiny), który to objaw ustępuje w 3 do 5 dni. Z początku mamy również zmniejszenie ilości moczu, nieraz dochodzące do bezmoczu. Rozpoznanie należy opierać głównie na bolu, jako objawie typowym, nie zaniedbując badania czynnościowego nerek i rozbioru moczu z każdej nerki; stan układu sercowo-naczyniowego mieć będzie szczególne znaczenie pomocnicze dla oceny możliwości utworzenia się zatoru.

Co do leczenia, to właściwe jest wyłącznie leczenie ope-

racyjne, mianowicie usunięcie nerki. Z 22 przypadków przytoczonych przez autora, a zebranych z literatury światowej, tylko w dwóch nastąpiło wyzdrowienie po usunięciu nerki. Oczywiście trwałe wyleczenie możliwe jest tylko w tych przypadkach, w których podkład chorobowy na to pozwala, jak n. p. w przypadku Marion'a gdzie powodem zatoru był skrzep, powstały wskutek poporodowego zapalenia żył kończyny dolnej i z krwiobiegiem przeniesiony do żyły nerkowej.

Roncayrol. **Leczenie rzeżączkowego zapalenia pęcherzyków nasiennych zapomocą diatermji.** Zajęcie pęcherzyków nasiennych w przebiegu rzeżączki jest b. częste. Ostra postać jest tylko przejściowa; pomimo ustąpienia objawów chorobowych, pod wpływem zwykłych sposobów leczenia przy pozornem całkowitem wyzdrowieniu, dwoinki jednak pozostają w pęcherzykach; dopiero hodowla z nasienia, wykonana np. wskutek zakażenia w małżeństwie naprowadza na właściwe rozpoznanie. W wielu przypadkach, w których przy najskrupulatniejszem badaniu dróg moczowych i moczu, a nawet posiewów z osadu moczu nie wykrywano nic — posiewy z nasienia dawały wynik dodatni. Autor przytacza 14 przypadków w których z nasienia wyhodowano dwoinki w tem 4 nieleczono, a 10 leczonych przez długi czas zwykłemi sposobami. We wszystkich przypadkach autor zastosował leczenie zapomocą przegrzewania prądami o wysokiej zmienności (diatermia) stosując 4—15 posiedzeń codziennych. We wszystkich przypadkach osiągnięto zupełne wyleczenie pod kontrolą hodowli nasienia, która pozostała jałową.

Styczeń 1925 r. Nr. 1.

Cirillo. **Częste oddawanie moczu, jako późny objaw kiły dziedzicznej.** Dotychczas zbyt częste oddawanie moczu bez wyraźnego podkładu patologicznego t. zw. *pollakiuria simplex* rozpoznawane bywa jako objaw histerji. Autor na zasadzie własnej obserwacji doszedł do wniosku, że w niektórych przynajmniej przypadkach przyczyną cierpienia jest kiła, a szczególniej kiła dziedziczna. U młodej 27-letniej kobiety, u której istnienie kiły dziedzicznej można było podejrzewać z wywiadów, jedynym objawem chorobowym było oprócz ogólnej niedokrwistości zbyt częste oddawanie moczu (co $^1/_2$ godz.), trwające już od 10 lat, przy pojemności pęcherza około 50,0. Chora leczyła się wielokrotnie bez żadnych wyników. Badanie nie wykazało żadnych swoistych dla kiły dziedzicznej objawów, a jednak odczyn Wassermanna w krwi okazał się wyraźnie dodatni i leczenie swoiste bardzo szybko doprowadziło do zupełnego wyleczenia. Co do mechanizmu powstawania cierpienia autor przypuszcza, że pod wpływem jadów kiłowych następuje uszkodzenie ośrodka w rdzeniu, czy też zmiany w jego chemizmie protoplazmatycznym, dzięki którym staje się on niezależnym od podniet wychodzących z mózgu. Jako skutek niezależności ośrodka rdzenia wytwarza się stały skurcz wypieracza moczu, co wreszcie powoduje ciągły popęd do oddawania moczu.

Blanc. **Dwa przypadki torbieli nerki.** Autor opisuje dwa przypadki torbieli nerki prawie jednocześnie spostrzeganych i rozpoznawanych przed zabiegiem. Są to przypadki dość rzadkie, których rozpoznanie jest wogóle bardzo trudne. Jako główne wytyczne, na których trzeba się opierać, jest ustalenie przy obmacywaniu obecności guza, zwykle dużych rozmiarów, niebolesnego, zaotrzewnowo położonego, będącego w związku z nerką, spoistości płynnej (chełbotanie), jednak przy wprowadzeniu cewnika do nerki nie opróżniającego się. Czynność nerki nie powinna być upośledzona, ani pojemność miedniczki zmieniona. Jako dość typowy, jednak nie konieczny objaw autor podaje łukowate wygięcie odsuniętego na zdjęciu kontrastowem moczowodu przez guz w stronę kręgosłupa, W pierwszym przypadku pomimo upośledzenia czynności obu nerek z powodu przewlekłego stanu zakażenia i krwawień, będących z tem w związku, a trwających od lat 10-ciu, udało się jednak na zasadzie powyższych danych rozpoznanie ustalić.

Levy-Falci. **Wskazania próby fenol-sulfo-ftaleinowej w leczeniu dwustronnej gruźlicy nerek.** W przypadkach dwustronnej gruźlicy nerek zazwyczaj wskazane jest wstrzymanie się od wszelkiego zabiegu. Jednak w niektórych wypadkach musimy kierować się nagłością wskazań, jak n. p. przy niebezpiecznem krwawieniu, zakażonem roponerczu i t. p. Zasadniczo najpoważniejsi badacze zgadzają się na to, że w razie dwustronnej gruźlicy można i należy usunąć nerkę zupełnie zniszczoną i nieczynną, pod warunkiem, że w drugiej nerce zmiany są początkowe i czynność nietylko zachowana, ale nawet wzmożona. Jako ocenę wystarczalności nerki autorzy na pierwszem miejscu stawiają próbę f. s. f. W razie gruźlicy dwustronnej wymagane jest, żeby nerka, która ma pozostać, już przejęła czynność nerki zniszczonej, a więc cyfra f. s. f. dla lepszej nerki powinna być blizka 50 w ciągu 70 minut. Trzy przypadki operowane z cyframi 43, 45, 58 i obserwowane w ciągu roku i dłużej dały wybitną poprawę. Wszędzie stwierdzono zupełne ustąpienie objawów pęcherzowych, przyrost wagi, powrót do normalnej pracy. Przypadek operowany z cyfrą 30 — dał w wyniku śmierć przy objawach mocznicowych na 7 dzień po zabiegu. W 4-ch przypadkach z jeszcze niższemi cyframi f. s. f. wstrzymano się od zabiegu, i wszystkie te przypadki skończyły się śmiertelnie w ciągu 1—3 miesięcy potem. Ocena wartości nerki na zasadzie określenia ilości wydzielanego przez nią mocznika jest nieraz zawodną, ilość bowiem wydzielanego mocznika pozostaje w związku z cyfrą mocznika we krwi oraz chwilowem nadmiernem moczeniem. Wydzielanie zaś f. s. f. jest cyfrą maksymalną, zależną głównie od przepuszczalności komórki nerkowej. jest zatem wiernym wykładnikiem najwyższej czynnościowej wartości nerki.

Rogan. **Przerost gruczołu krokowego i rad.** Podano, 6 spostrzeżeń stosowania radu przy przeroście gruczołu krokowego w przypadkach, w których, przy całkowitem ostrem zatrzymaniu moczu ze względu na zły stan chorego lub też brak zgody, nie można było wykonać doszczętnego zabiegu. Wprowadzono 55 mlgr. radium — pierwiastka w specjalnym cewniku do cewki na 24 godzin i w 4—6 tygodni później powtórnie 55 mlgr. do cewki na 24 godziny i tęż samą dawkę jeszcze w ciągu 12 godz. rozłożoną na cewkę i odbytnicę. W 3 przypadkach z których dwa widziano po 3 latach, jeden zaś w rok po stosowaniu radu stwierdzono zupełnie poprawne oddawanie moczu (zaleganie 0 10,0—20,0) W jednym przypadku po zastosowaniu radu wynik zupełnie zadawalający utrzymywał się prawie przez 3 lata, poczem znowu wystąpiło ostre zatrzymanie moczu i chory zgodził się na zabieg. W pozostałych dwóch przypadkach po zastosowaniu radu, jak poprzednio, nastąpiła poprawa, chorzy zaczęli oddawać mocz, jednak pozostawała zaległość 100—150 gr., tak że w następstwie obaj chorzy byli operowani. Szczegół godny uwagi: Uprzednie stosowanie radu nie wywierało wpływu na wykonanie zabiegu w sensie utrudnienia w wyłuszczeniu gruczołu. Wniosek: w niektórych przypadkach nie nadających się do zabiegu można i należy próbować stosowanie radu. W wyniku zawsze można liczyć na poprawę, czasem zaś następuje zupełny powrót czynności pęcherza.

Marion. **Uwagi o zabiegu usunięcia nerki z powodu gruźlicy.** Autor uważa, że przetoki pooperacyjne przy odpowiedniem postępowaniu zdarzają się bardzo rzadko, a w razie powstania — łatwe są do zagojenia. W czasie operacji trzeba postępować bardzo ostrożnie, żeby nie uszkodzić torebki nerki; moczowód należy obciąć i podwiązać tuż przy nerce, żeby w razie wytworzenia przetoki mieć źródło tejże blizko, a nie w głębi, w miednicy. Oba końce moczowodu starannie przypalać żegadłem. Po odcięciu nerki dokładnie usunąć tłuszcz okołonerkowy, łatwo ulegający zakażeniu. Jeśli przy operacji wylało się nieco zakaźnej zawartości, lepiej ranę zostawić szeroko otwartą. Jeśli usunięcie nerki poszło gładko, zawsze jednak należy zostawić gruby sączek gumowy, który wyjmuje się w 5—10 dni po zabiegu w zależności od ilości wydzieliny. Jeśli po zabiegu utrzymuje się gorączka i można wnioskować, że pochodzi ona z rany — należy ją natychmiast szeroko otworzyć. Jeśli wytworzy się i utrzymuje przez dłuższy czas przetoka gruźlicza, autor radzi wprowadzić do niej odpowiedniej długości laseczkę lapisu i zostawić. Na 4-5 dzień wydzieli się strup, stanowiący jakby odlew przetoki, która wkrótce potem zupełnie dobrze zagoi się. Jeśli mamy zakażoną otwartą jamę pooperacyjną, uporczywie nie gojącą

się, z typową dla gruźlicy powierzchnią, trzeba uciec się do wycięcia całej powierzchni i nałożenie wtórnego szwu. Przetoki moczowe goją się zawsze przez założenie cewnika komornem. Leczenie ogólne, słońce, promienie pozafjoletowe mają duże znaczenie i odgrywają ważną rolę pomocniczą.

Nr. 2.

P. Moure i R. Leibovici **Cięgotka (priapismus) w białaczce.** Dotychczas w literaturze podano 44 przypadki. Autorzy uważają cięgotkę jako niezbyt rzadki a typowy objaw w białaczce. Początek bywa nagły, bez wyraźnego powodu występuje już to w pełnym rozwoju lub nawet pod koniec przebiegu białaczki, już to — najczęściej — jako pierwszy objaw, skierowujący chorego do lekarza. Wzwód członka bywa zazwyczaj zupełny i stały, trwa tygodniami i dłużej, nieraz do śmierci, a nawet i po śmierci chorego. Napięcie i twardość dotyczy ciał jamistych, ciała gąbczaste (opuszka cewki, żołądź) są mało wypełniane i pozostają w spoistości normalnej. Oddawanie moczu, z początku dość znacznie utrudnione, ale możliwe, po kilku dniach staje się łatwiejsze i mniej bolesna. Stan ogólny z powodu dotkliwego bolu, bezsenności, nieco podniesionej ciepłoty jak również z powodu rozwijającego się cierpienia zasadniczego bywa wyraźnie upośledzony. Przy pierwszem już badaniu ogólnem da się spostrzec powiększenie śledziony, a badanie krwi da nam obraz białaczki szpikowej. Rozważając istniejące przypuszczenia co do pochodzenia objawu, autorzy dochodzą do wniosku, że mamy tu do czynienia przynajmniej w początku cierpienia z zakrzepem wrzekomym, powstającym ze skupień żywych białych krwinek. Zakrzep ten w przeciwieństwie do zakrzepu prawdziwego nie zawiera włóknika. Rzeczywiście w leukocytozie wysokiego stopnia następuje największy zastój krwinek białych w okolicach o zwolnionem krążeniu, a do tych należą właśnie ciała jamiste, mniej elastyczne niż ciała gąbczaste. Od tych więc zastojów białych krwinek zależy cięgotka początkowa — później wytwarza się siatka włóknika i powstaje zakrzep prawdziwy. Na tej zasadzie autorzy radzą w dość wczesnym okresie wykonać nacięcia jednego z ciał jamistych u podstawy członka na przestrzeni 2—3 cm.; dopóki niema zakrzepu właściwego, przez cięcie da się opróżnić krwiak z całej rozciągłości ciał jamistych. Ponieważ cięgotka powoduje zupełną niezdolność do pracy, lepiej zaradzić wcześnie, gdyż przy białaczce osobnik po usunięciu tego objawu może pozostawać w ciągu dłuższego czasu zdolnym do pracy. W następstwie prawie zawsze notowano bezsilność płciową tak po zabiegu, jak i bez niego.

T. Bilger — Paryż. **Znieczulenie zewnątrzoponowe (epiduralis) w chirurgji moczowej.** Autor stosował zastrzykiwanie 20 gr. 2% roztworu nowokainy. Przy tej metodzie znieczuleniu ulega okolica krocza i odbytu, moszna i prącie aż do spojenia łonowego; w głębi pęcherz, cewka, dolna część odbytnicy i gruczoł krokowy (niezawsze). Nie ulega znieczuleniu ściana brzuszna i skóra ponad spojeniem łonowem oraz powrózek nasienny, jądro i najądrze. Z tego powodu dla wykonania zabiegu na gruczole krokowym lub pęcherz trzeba dodatkowo znieczulać ścianę brzuszną nad spojeniem. Przy zabiegu na gruczole krokowym ujemną stroną jest brak znieczulenia tłoczni brzusznej, co bardzo przeszkadza przy wyłuszczaniu gruczołu palcem. Przy kruszeniu kamieni pęcherzowych niekorzystnym objawem jest utrata sprężystości pęcherza, dzięki czemu trudno opróżnić pęcherz po zabiegu. Natomiast wszelkie operacje na cewce, zabiegi wewnątrz-pęcherzowe przez wziernik, wziernikowanie w trudnych przypadkach — bardzo dobrze nadają się do tego rodzaju znieczulenia. Dodatnią stroną również jest całkowite bezpieczeństwo metody. Autor na 20 przypadków w 6-ciu nie otrzymał znieczulenia lub było ono niezupełne; przy otyłości pacjenta jest ono technicznie bardzo trudno wykonalne.

G. Marion — Paryż. **Ropowica okołonerkowa nie jest dostatecznie dobrze znana.** Autor dowodzi, że ropowica okołonerkowa często bywa nierozpoznaną, gdyż chirurdzy wahają się w ustaleniu rozpoznania w braku zewnętrznych oznak zapalnych, które widoczne są bardzo rzadko. Rzeczywiście, w wyjątkowych razach tylko widzimy uwypuklenie okolicy lędźwiowej lub nawet zaczerwienienie; w znakomitej większości przypadków tych objawów brak, może nie być nawet podsienie ciepłoty. Głównym objawem jest ból w okolicy lędźwiowej, przy obmacywaniu zaś wyczuwa się płaskie stwardnienie, bardzo bolesne w kącie lędźwiowo-żebrowym. Jeśli chory przytem przed niedawnym czasem przechodził przewlekłe ropienie, najczęściej czyrakowatość, lub też podlegał urazowi, mamy zaś poza tem upośledzenie stanu ogólnego, przy braku zmian w moczu — musimy orjentować się w kierunku ropowicy okołonerkowej. Cała rzecz polega na tem, żeby nie szukać tych objawów, których prawie nigdy nie znajdziemy. Z chwilą kiedy mamy rozpoznanie, można myśleć w leczeniu szczepionką przeciwgronkowcową lub własną, co daje nieraz dobry wynik. Przeważnie jednak, nie czekając dłużej niż 2 tygodnie od początku cierpienia należy uciec się do cięcia, dającego zawsze najpewniejszy wynik leczniczy.

W. Lilpop (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 19 maja 1925 r.

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki

1. Kol. Dąbrowski pokazuje 17-letnią chorą z **wielkiem płaskiem owrzodzeniem dookoła odbytnicy.** Wobec wybitnie dodatniego odczynu Wassermanna, zastosowano leczenie rtęciowe w następstwie czego owrzodzenie prawie się zasklepiło.

2. Kol. Typograf podaje przypadek **pęknięcia tętniaka części zstępującej tętnicy głównej** do lewej jamy opłucnej. Zejście śmiertelne po 3 dniach (pokaz preparatu).

3. Kol. Szczepański wygłosił wykład p. t. **Zasady podstawowej przemiany materji** (*metabolismus*), z pokazami przyrządu Krogh'a.

Dyskusja: Kol. Szulc podkreśla, że komunikat kol. Szczepańskiego jest pierwszą pracą polską w niezmiernie ciekawej dziedzinie badań nad przemianą gazową, za co należy się wdzięczność prelegentowi. Aparat Krogh'a jest szczęśliwem ułatwieniem w zastosowaniu metody badań nad przemianą gazową: dla kliniki ma ujemną stronę, że stwarza dla badanego warunki nienormalne, każąc mu oddychać powietrzem bardzo bogatem w tlen. Metoda Krogh'a jest podobna do metody Benedikt'a, który używa spirometru nieco innej postaci, opartego na tych samych zasadach. Ostatnio prof. Benedikt podał do tego celu bardzo prosty aparat, nazwany przez niego studenckim, a kosztujący zaledwie kilka dolarów. W aparacie tym odbywa się uzupełnianie pochłoniętego tlenu kilkoma poruszeniami pompki automobilowej o znanej pojemności. Krogh przyjmuje, że w tych warunkach, jakie on podaje, współczynnik oddechowy równa się 0,9 jednak jest to rzeczą niedowiedzioną, i należałoby najpierw oznaczyć współczynnik oddechu u osobników normalnych w naszych warunkach wyżywienia. Benedikt oznaczył współczynnik dla studentów amerykańskich na 0,82. Przy badaniach, wykonanych w Wojskowym Instytucie Sanitarnym na oficerach i żołnierzach, współczynnik wypadł średnio około 0,84. Zresztą obliczania wydatku energji należy sprowadzić do jednostki powierzchni ciała, gdyż daje to stosunkowo najmniejszy błąd. Kol. Michalski zaznacza, że dla kliniki aparat Krogh'a zupełnie wystarcza, i ma specjalne znaczenie w przypadkach niejasnych stanów tarczycowych. Kol. Węgierko: przy badaniu chorych niecukrzycowych nie zależy nam na współczynniku oddechowym, gdyż przy pomocy odpowiedniej diety można go doprowadzić do 0,9. W cukrzycy, kiedy współczynnik oddechowy pozostaje stale nizkim, aparat ten nie nadaje się zupełnie. Radzić sobie można w ten sposób, że oblicza się jedynie tylko ilość zużytego tlenu. W badaniach porównawczych ilość tlenu wydychanego, wyrażonego w litrach, w zupełności wystarcza. Najbardziej dodatnią cechą aparatu Krogh'a jest szybkość badania, które nie trwa dłużej, niż 15 minut. Kol. Szczepański stwierdza, że aparat ma swoje dobre i ujemne strony, ale dla kliniki jest bardzo dogodny, gdyż jest prosty w użyciu, badanie zaś nietrwa długo.

4. Kol. Cytronberg wygłosił wykład p. t. **»Badanie sprawności czynnościowej żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych«.**

Posiedzenie kliniczne w dniu 2 czerwca 1925 r,

Przewodniczący prezes Kol. Sawicki.

1. Kol. Szymanowski wygłosił wykład p. t. **»O bakterjofagach».**

2. Kol. Zaorski wygłosił wykład p. t. **»Współczesne lecznictwo wrzodu okrągłego żołądka«,**

W dyskusji kol. Michalski podnosi trudności, jakie napotyka leczenie wewnętrzne wrzodów żołądka, przytacza poglądy Moynihana i omawia trudności rozpoznawcze w początkowych okresach wrzodu. Kol. Cytronberg stwierdza, że

w obecnej dobie najbardziej racjonalnem leczeniem wydaje się operacja i leczenie wewnętrzne, wzajemnie się uzupełniające. C. podaje zasady niedawno ogłoszonej operacji Thomas'a: dookoła wrzodu przecina się surowicówkę, podsurowicówkę i mięśniówkę, poczem zaszywa się brzegi rany żołądka, łecząc następczo chorego zapomocą djety Lenhartz'a. Operacja ta ma na celu przecięcie możliwie większej ilości gałązek nerwu błędnego i przez to unieruchomienie wrzodu, co według autora sprzyja bardzo wygojeniu. Według Thomasa wyniki tego leczenia są bardzo dobre. Kol. Sawicki podkreśla, że leczenie djetetyczne nastręcza zwykle duże trudności, nie tylko na oddziałach szpitalnych, lecz nawet w miejscach specjalnie przeznaczonych do leczenia chorób żołądkowo-jelitowych, jak n. p. w Karlsbadzie. Wrzód żołądka niewymaga tak rychłej pomocy operacyjnej, jak n. p. zapalenie wyrostka robaczkowego, niemniej przeto nie należy zwlekać z operacją lat kilka lub kilkanaście, jak to nieraz bywa. S. uważa, że dla wrzodu zwężającego odźwiernik, zupełnie dostatecznym zabiegiem jest zespolenie żołądkowo-jelitowe. Co się tyczy wycinania z zasady części przyodźwiernikowej, to S. uważa, iż lepiej ograniczyć się do wycięcia samego wrzodu tam, gdzie to możliwe, ponieważ w ten sposób nie upośledzamy tak znacznie sprawności trawiennej żołądka. W przypadkach cięższych, gdzie owrzodzenie jest duże i wywołało liczne zrosty — każda z tych operacyj jest przeważnie niewykonalną. S. wątpi, aby proponowana przez Thomasa operacja mogła dać dobre wyniki, ponieważ przecięte nerwy szybko się zrastają. Kol. Zaorski odpowiada, że niemiał na myśli tak szybkiej decyzji poddawania chorych na wrzód żołądka natychmiastowej operacji. Termin ten określa około 3 miesięcy. Z. uważa, że przypadki wyleczone przez zespolenie żołądkowo-jelitowe — wyleczyłyby się również samoistnie. Nawroty po zespoleniach są częste po resekcji odźwiernika i części odźwiernikowej — dotychczas nie są znane. Operacja Thomasa, zdaniem mówcy, nie ma racji bytu, gdyż ośrodki ruchowe żołądka położone są w części oddźwiernikowej, w samej ścianie żołądka. Na klinice II-ej czyniono już próby przecinania ośrodków.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe w dniu 3 kwietnia 1925 r. Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 104 członków.

1. Kol. Rencki przedstawia niezwykły przypadek **splenomegalji**, który zgłosił się w grudniu r. ub. na klinikę, podając, że od roku cierpi na bole w podżebrzu lewem, gdzie zauważył przed pół rokiem guz. Przy badaniu stwierdzono: bladość skóry i błon śluzowych. Płuca i serce bez zmian. Wątroba $1\frac{1}{2}$ palca poniżej łuku, śledzionę, niedochodzącą na $1\frac{1}{2}$ palca do więzadła Pouparta, a palec na prawo przekraczającą linję środkową ciała, twardą, o powierzchni nie całkiem gładkiej, nieco tkliwą. W żołądku objawy niedomogi wydzielniczej, badanie roentgenologiczne żołądka zmian nie wykazało. W moczu i stolcu zmian nie wykazano. Na podstawie szczegółowych badań krwi, obserwacji chorego, wykluczając poszczególne rodzaje splenomegalji, skłania się R. do rozpoznania **haemagiomatosis lienis**. Wobec ujemnego wyniku dotychczasowego leczenia (arsen, naświetlania promieniami Roentgena), a uporczywych dolegliwości chorego skierowano chorego do kliniki chirurgicznej, w której prof. Schramm wykonał wycięcie śledziony. Obecnie stan chorego znacznie się poprawił.

W dyskusji przemawiali kol. Schramm i kol. Nowicki.

2. Wobec spóźnionej pory wykład kol. Leszczyńskiego odłożono do posiedzenia następnego.

XII. Posiedzenie naukowe w dniu 17 kwietnia 1925 r. Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 98 członków.

1. Przewodniczący zawiadamia, że do Towarzystwa zostali przyjęci jako członkowie zwyczajni koledzy 1) Jerzy Urbanowicz, 2) Stanisław Bühn, 3) Adam Hełczyński, 4) Stanisław Ostrowski, 5) Zofja Pilewska, 6) Stanisław Brichta, 7) Wincenty Skowroński, 8) Zofja Nowak-Przygodzka.

2. Kol. Laskownicki przedstawia a) chorego, u którego prof. Schramm wykonał w r. 1920 **obustronne wycięcie szczęki górnej z powodu raka**. Jamę nosową odgraniczono wówczas od jamy ustnej w ten sposób, że odpreparowano błonę śluzową z obu wewnętrznych powierzchni policzków i zeszyto ze sobą. W ten sposób uzyskano dwa płaty, tworząc na nowo rodzaj podniebienia. W kwietniu 1924 r. **nastąpił nawrót w postaci guza**, wypuklającego prawą połowę twarzy. Chorego poddano leczeniu promieniami Roentgena, poczem guz znikł; obecnie znów nawrót, znikający podobnież pod wpływem promieni Roentgena;

b) preparat **raka ramienia wstępującego kiszki grubej**, gdzie wykonano rozległe wycięcie kiszki ślepej, części przyległej jelita biodrowego i całej części wstępującej kiszki grubej, zespalając kiszkę cienką z poprzecznicą koniec do boku. Przy oddzielaniu i podwiązywaniu naczyń w krezce natrafiono na **ropień zaotrzewnowy**, leżący na przedniej powierzchni nerki. Ściany zamykające jamę ropnia wielkości jabłka wyjęto wraz z guzem, wykonując dekapsulację nerki na przedniej powierzchni. Był to typowy obraz **ropnia okołonerkowego** takiego, jaki widujemy przy schorzeniach i ciałach obcych w *colon ascendens*;

c) **preparat wycięcia bardzo znacznej części żołądka z powodu raka**. W żołądku guz, wielkości dwu pięści, zajmujący całą część oddźwiernikową okrężnie. Wykonano bardzo rozległe wycięcie żołądka z usunięciem powiększonych gruczołów chłonnych wysoko w części wpustowej żołądka, kikut żołądka zespolono z jelitem czczem sposobem Krönleina. Preparat ten jest dowodem, jak postępuje naprzód technika chirurgiczna, gdyż dawniej takie preparaty uzyskiwano tylko na sekcji. Chora w doskonałym stanie opuściła klinikę;

d) **dwa preparaty wyciętych nerek z powodu roponercza** i omawia metody badań czynnościowych nerek. W obu przypadkach dokładny obraz czynności nerki zdrowej i chorej uzyskano po sondowaniu obu miedniczek i obliczeniu procentowem wstrzykniętego wśródżylnie roztworu fenolsulphophtaleiny. Metoda ta, polecana w ostatnich czasach przez Mariona i stosowana szeroko, na oddziale jego stosowana jest obecnie na klinice chirurgicznej lwowskiej z pełnem powodzeniem.

W dyskusji nad przypadkiem b) zabierali głos kol. Januszi kol Schramm.

3. Kol. Dobrzański przedstawia **chorego z rakiem krtani, leczonym radem i naświetlaniami Roentgena**. Chory lat 55 obecna choroba zaczęła się w październiku r. 1923, kiedy uczuł w gardle zawadzanie przy połykaniu, przedewszystkiem po stronie prawej, a głos był ochrypły. Z początkiem 1924 r. pojawiły się bole kłójące, które wzmagały się przy połykaniu. Z tem zgłosił się chory w lutym 1924 r. do ambulatorjum tutejszej kliniki. Wówczas można było stwierdzić nierówny na powierzchni rozległy naciek na głośni, głównie jej powierzchni krtaniowej i prawego więzadła. Naciek częściowo wrzodziejący — kliniczny obraz krtani wskazywał na raka krtani. Dla zbadania drobnowidowego wycinka z nacieku, zamówiliśmy chorego, by się zgłosił za parę dni. Chory jednak udał się na klinikę laryngologiczną w Krakowie, gdzie stwierdzono histologicznie nowotwór złośliwy (Ca) i zaproponowano albo operację (wycięcie krtani) albo leczenie radem. Chory zgodził się na leczenie radem i 7. III. 1924. zastosowano mu 3 igły radowe (2 z zewnątrz i 1 wewnątrz) na 48 godzin, a w dwa miesiące znowu 3 igły radowe. Po 2-giem stosowaniu radu wystąpiło zapalenie ochrzęstnej chrząstek krtani, które częściowo zaczęły się wydzielać. W międzyczasie wyłuszczono gruczoły na szyji. Po drugiem naświetlaniu radowem miało badanie histologiczne wykazać zmniejszenie się bujania rakowego. W lipcu proponowano choremu wycięcie krtani, na co tenże nie chciał się zgodzić i we wrześniu zgłosił się do kliniki lwowskiej powtórnie. Stan krtani był wówczas rozpaczliwy: Otwór w chrząstce tarczykowej, obumarcie tejże, obumarte strzępy pokrywały powierzchownie i w głębi. Ten sam obraz częściowego obumarcia tkanek widoczny był przy badaniu lusterkiem krtaniowem; nadto i obrzęk obustronny i upośledzenie ruchomości obu chrząstek nalewkowych. Ponieważ Sargon i Preussing zalecają metodę kombinowaną naświetlania radu z Roentgenem, postanowiliśmy i w tym przypadku ją zastosować tem bardziej, że nie mieliśmy nic do stracenia, a tylko do ewentualnego zyskania i skierowaliśmy chorego do naświetlań promieniami Roentgena — do pracowni kliniki chorób wewnętrznych. Po 7 naświetlaniach, które chory otrzymywał co kilka dni (od 4—10 krtań znacznie się oczyściła, a w listopadzie można było stwierdzić cofnięcie się całkowite nacieku z wyrównaniem blizn na nagłośni i częściowego ubytku wolnego jej brzegu, więzadła były zupełnie wolne od nacieku. Otwór z przodu krtani powiększył się po dalszem wydzielaniu się części chrząstek. Następnie chory znów się nie pokazywał, aż przed miesiącem zgłosił się z tem, że mu przez otwór w krtani pokarmy wyciekają. Po wydzieleniu się 2 części chrząstek, z których jedną rozpoznaliśmy jako chrząstkę nalewkową, z prawego brzegu otworu w krtani widoczna była ziarnina, której widok przemawiał za nawrotem. Wycinek, przesłany do zbadania histologicznego, nie wykazał bujania rakowego. Obecnie znowu stosuje się naświetlania promieniami Roentgena. Ciekawe jest w tym przypadku wypływanie pokarmów przez otwór w krtani — przyczem chory niema zachłystywania się. Początkowo sądziliśmy, że mamy do czynienia z przetoką ku nasadzie nagłośni, dopiero przy dalszej obserwacji mogliśmy się przekonać, że niema tu przetoki, lecz niedostateczne zamykanie się wskutek braku chrząstki nalewkowej i uszczelnienia wejścia do krtani. Rola chrząstki nalewkowej jest więc w zamykaniu wejścia do krtani ważna. Przy ucisku palcem na krtań z przodu chory przełyka lepiej. Można więc ten przypadek uważać częściowo za dodatni efekt stosowania radu i promieni Roentgena, chociaż szkielet chrzęstny krtani uległ znacznemu uszkodzeniu, jakkolwiek jeszcze nieuleczony. Wracając do choroby zasadniczej tego przypadku, t. j. do raka krtani, należałoby się zastanowić, którą z metod leczniczych z dzisiejszego punktu nauki należałoby wybrać. Ramy pokazu nie pozwalają na szersze rozwinięcie tego problemu, wspomnę tylko krótko, że są dwie metody główne t. j. operacyjna i zachowawcza: leczenie radem i promieniami Roentgena. W piśmiennictwie zdania różnych autorów są również podzielone. Fakt jest, że jedna i druga metoda trwałych wyników

nie daje, a jeśli daje, to w bardzo małym procencie. Nie będę przytaczał statystyk pooperacyjnych, bo trwały wynik pooperacyjny po wycięciu krtani jest mały, naturalnie zależy on w znacznej mierze od wielkości nacieku rakowego. Operacyjnej metody trzymają się głównie Niemcy. Francuzi zaś skłaniają się bardziej do leczenia radem i promieniami Roentgena. Sargnon a następnie Preusing zalecają kombinowaną metodę leczniczą: operacyjną — wycięcie krtani i następowe stosowanie radu i promieni Roentgena. Escat i Leval zalecają fenestrację w chrząstce tarczykowej, i następowe stosowanie naświetlań radu. Wendel zestawia wyniki naświetlania promieniami Roentgena, stosowane w 14 przyp. raka w ciągu 7 lat, uzyskał on w 2 przypadkach wynik dobry na 5 lat, inni chorzy umierali po 11—41 miesięcy. Łączna ilość miesięcy po naświetlaniach jest znacznie większa, niż tych po wycięciu. Tak więc i Niemcy skłaniają się do leczenia konserwatywnego. Wrażliwość krtani na naświetlania promieniami Roentgena jest wielka, i te następowe uszkodzenia krtani prowadzą nieraz do śmiertelnych zgubnych skutków. I tak Jungling zwraca szczególną uwagę na niebezpieczeństwo uszkodzenia szkieletu chrząstkowego krtani, przy naświetlaniu ulegają stanowi zapalnemu, rozmiękają i wydzielają się. Podobno przedtem Marschal przed 3 laty zwrócił uwagę na ogromną wrażliwość chrząstek krtani na promienie, aczkolwiek Wendel tych uszkodzeń nie obserwował. W naszym przypadku trudno zadecydować, czy rad i promienie Roentgena spowodowały wydzielenie się chrząstki nalewkowej. Jakkolwiek sprawa z uszkodzeniem krtani po naświetlaniu promieniami Roentgena się przedstawia — to w naszym przypadku mamy także do czynienia z częściowem wydzieleniem się chrząstek, ale zarazem z cofnięciem się nacieku rakowego, i przypadek ten musimy uważać częściowo za wynik dodatni stosowania radu i promieni Roentgena.

W dyskusji zabierali głos kol. S c h r a m m i kol. Z a l e s k i.

4. Kol. S a b a t o w s k i wygłasza wykład: »**O dwufazowości zjawisk w przyrodolecznictwie**«. Dwufazowość, już dawniej w medycynie spostrzegana i opisywana, stała się znów przedmiotem zainteresowania dzięki badaniom nad przebiegiem wstrząsów lekkich. Leukopenja i leukocytoza, spadek ciepłoty i gorączka, hipalgezja i hiperalgezja, to zjawiska występujące po sobie kolejno po bodźcach odpowiedniego nasilenia. Szczególnie wyraźnie spostrzega się taką dwufazowość po bodźcach, stosowanych w przyrodolecznictwie; odnosi się to zarówno do obrazu krwi jak odczynów skórnych, a nawet ogólno-komórkowych. S. wykazał to przy piciu wody zimnej lub gorącej, wzgl. płukaniu nią jelit — odnośnie do obrazu krwi, a także przy piciu lub wlewaniu dożylnem większych ilości wody (o ciepłocie ciała) — odnośnie do odczynu Herxheimera przy osutce kiłowej. Dwufazowością, z przewagą fazy ujemnej lub dodatniej tłumaczy się korzystnie lub niekorzystne działanie bodźców przyrodoleczniczych na ustrój zdrowiejący. Badania naukowe nad sposobem działania tych bodźców były dotychczas nieraz sprzeczne z powodu ujmowania zjawisk w różnych fazach odczynu. (Rzecz ogłoszona w Polskiej Gazecie Lek. Nr. 16 z roku 1925).

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e dniu 18. lutego 1925 r.

Przewodniczący Kol. D r o ż d ż.
Obecnych 14 członków i 1 gość.

1. Przewodniczący zawiadamia o śmierci dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wileńskiego prof. B u r d z i ń s k i e g o, zawiadamia o jutrzejszym pogrzebie jego w Lublinie i wzywa członków do wzięcia jaknajliczniejszego udziału w uroczystościach żałobnych. Pamięć ś. p. prof. B u r d z i ń s k i e g o uczczono przez powstanie.

2. Kol. P ł a s z k i e w i c z pokazuje chorego, u którego rozpoznano **ropień płuca**; potwierdzony prześwietleniem. Zastrzyknięcia neosalwarsanu nie dały żadnego wyniku. Zastosowano odmę i stan chorego znakomicie się poprawił, ciepłota od miesiąca normalna, plwocina wybitnie się zmniejszyła. Prześwietlenie powtórne jamy już nie wykazuje, wykazuje rozlaną ciemną plamę. Chory czuje się dobrze, przybrał na wadze.

W dyskusji zabierali głos kol. B i e r n a c k i, A r n s z t a j n i D z i a m s k i.

3. Kol. J a c z e w s k i pokazuje przypadek ciekawy pod względem rozpoznawczym: chory cierpi od 3 tygodni na ból gardła. Na lewym migdale owrzodzenie o brzegach poszarpanych, pokryte białym nalotem, łuki bez zmian, gruczoły nie powiększone. Referent omawia diagnostykę różniczkową, wyklucza gruźlicę i kiłę i rozpoznaje **angina Vincenti**. Ultramikroskop wykazał spirille, preparaty barwione bacillus fusiformis i spirille. Wassermann i Sachs-Georgi dały ++, możliwie zależne od spirill.

4 Kol. C z e r w i ń s k i pokazuje **preparat ciąży zamacicznej**. Jest to w ciągu miesiąca drugi podobny przypadek. Chora 46 lat, ostatnia miesiączka w lutym 1924 r. na Boże Narodzenie bole porodowe, przybyła do szpitala, bóle ustały. Upłynęło dwa miesiące, w ciągu których 2 razy menses. Badanie wykazało maleńką macicę z lewej strony, z prawej strony duży guz. Ciążę rozpoznano na zasadzie wywiadów, gdyż guz przedstawiał się, jak torbiel. Po wyjęciu guza stwierdzono ciążę jajnikową. U chorej tej stwierdzono prócz tego woreczek żółciowy pełen kamieni i blizny po wrzodzie żołądka;

b) wyjętą **małą macicę z rakiem**, zewnętrznie nie wyglądającą na rakowatą, jednak badanie wyskrobin wykazało raka. Nakoniec pokazuje promienie do trąbki.

5. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

6. Odczytano podanie kol. S c h o l t z'a o przyjęcie go w poczet członków T wa.

7. Odczytano korespondencję bieżącą.

8. Kol. R u p n i e w s k i wygłosił II gą część swego referatu »**Wrzody przebijające żołądka i dwunastnicy według H. Mondor'a i S. Lauret'a**«. Sprawozdawca podaje, iż autorowie powyżsi przytoczywszy dane statystyczne częstości przebić i omówiwszy etjologję i anatomję patologiczną cierpienia, przytaczają 4 zasadnicze objawy przebicia: 1) nagły ostry ból, 2) spastyczna kontraktura całej ściany jamy brzusznej, 3) nadczułość powłok ściany brzusznej, 4) przeszłość gastryczna chorego. Prócz tych objawów zasadniczych bywają i dodatkowe, jak: brak stolca i wiatrów, tarcie otrzewnowe, dźwięk metaliczny podczas expirium, zniknięcie tępości wątroby, tętno małe, przyśpieszone, ciepłota z początku normalna, potem podniesiona. Są cztery postacie kliniczne przebicia: 1) przebicie typowe, 2) postacie utajone, 3) zabezpieczone i 4) przebicia tylne otwarte. Śmiertelność bez zabiegu wynosi 95%. Zabieg daje w pierwszych 12 godzinach 60—75% wyzdrowień, od 12-24 godz. 44-45%, po 24 godz. 10-12%.

W dyskusji zabierali głos kol. B i e r n a c k i, C z e r w i ń s k i, A r n s z t a j n, S i t k o w s k i i p r e l e g e n t.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 4. marca 1925 r.

Przewodniczący Kol. D r o ż d ż.
Obecnych 20 członków i 8 gości.

1. Kol. O s s o w s k i pokazuje chorego, u którego poza uchem i naokoło małżowiny usznej utworzył się guz rakowy, szybko rosnący, pokryty owrzodzeniami. Ponieważ guz do operacji nie nadawał się poddano go naświetlaniom roentgenowskim i po 4 głębokich naświetlaniach w dwóch serjach guz zniknął zupełnie, owrzodzenia się pogoiły.

W dyskusji nad tym przypadkiem zabierali głos kol. D i s t l e r i W i t k o w s k i.

2. Kol. W o ś k o w s k i pokazuje **preparat ciąży zamacicznej**, w czasie operacji, w której okazało się, iż była to ciąża zamaciczna ze skręceniem szypuły.

3. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

4. Odczytano bieżącą korespondencję i zebrano doraźnie na rzecz Komitetu Obchodu 900-lecia Koronacji Bolesława Chrobrego 71 zł.

5. Przewodniczący zawiadomił o liście kol. J a c z e w s k i e g o, zawiadamiającym o przelaniu przezeń stypendjum im. ś. p. ks. biskupa J a c z e w s k i e g o do funduszu Stypendjalno-zapomogowego przy Towarzystwie.

6. Z powodu braku quorum balotowanie kol. S c h o l t z a w myśl regulaminu zostało przeniesione na następne posiedzenie.

7. Kol. W i e s z e n i e c k i wygłosił referat: »**O teorji nowotworów Bard'a**« (autoreferat nie dołączony).

W dyskusji nad tym referatem zabierał głos kol. St. S i t k o w s k i.

Sekretarz *Dr. St. Wilkowski*

Towarzystwo Internistów Polskich.

P r o t o k ó ł W a l n e g o Z e b r a n i a w dniu 12 lipca 1925.

Walne Zebranie Towarzystwa Internistów Polskich odbyło się podczas XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie dnia 12 lipca, 1925 r. w Klinice chorób wewnętrznych.

Prof. G l u z i ń s k i otwiera zebranie krótką przemową a następnie oddaje cześć pamięci zmarłych Kolegów, członków Towarzystwa, a mianowicie Prof. W. J a w o r s k i e g o, Prof. R z ę t k o w s k i e g o, Prof. S o k o ł o w s k i e g o i Dra P a w i ń s k i e g o. Uczczono przez powstanie. Proponuje na przewodniczącego Prof. O r ł o w s k i e g o, na sekretarza Doc. J. G r e k a.

Prof. G l u z i ń s k i zdaje sprawozdanie z dwuletniej działalności Zarządu Tow.. skarbnik Doc. S. Bronowski zdaje sprawozdanie ze stanu kasy Tow.

Prof. G l u z i ń s k i, jako redaktor Pol. Archiwum Medycyny wewn., zdaje sprawozdanie rzeczowe i finansowe, nadmieniając, że stosownie do uchwały Walnego Zebrania w Wilnie są ogłoszone w Archiwum Statut Tow., zatwierdzony przez Min. S. Wew., jakoteż sprawozdanie naukowe ze Zjazdu we Wilnie. Po krótkiej dyskusji sprawozdanie przyjęto jednogłośnie do wiadomości.

Prof. G l u z i ń s k i, zaznaczywszy, że ze względu na swe zajęcia nie może pełnić dalej czynności w Zarządzie, imieniem Zarządu dotychczasowego proponuje skład Zarządu na następne dwa lata. Zebranie, uwzględniając tę prośbę z jednej strony a z drugiej zasługi Prof. G l u z i ń s k i e g o w założeniu Towarzystwa, zamianowało go jednogłośnie, na wniosek Doc. J a n o w-

skiego, dożywotnim prezesem Tow. zaś do Zarządu wybrało: S. Bronowskiego, W. Janowskiego, W. Orłowskiego, A. Puławskiego, E. Reicherównę, Semerau-Siemianowskiego, J. Skłodowskiego, Z. Szczepańskiego i E. Żebrowskiego.

Prof. Gluziński w imieniu Zarządu proponuje na redaktora Archiwum Doc. W. Janowskiego, nadmieniając, że z powodów wyżej podanych nie mógłby się podjąć dalszej redakcji. Zebrani jednomyślnie wybierają Doc. Janowskiego redaktorem Archiwum a zarazem na tegoż wniosek uchwalają, aby w uczczeniu zasług Prof. Gluzińskiego w założeniu Pol. Arch. Medycyny wew. na karcie tytułowej dodawać: »Redaktor honorowy: Prof. Dr. A. Gluziński«,

W miejsce ś. p. Rzętkowskiego wybrano do grona stałych współpracowników pisma Dr. J. Skłodowskiego (Warszawa).

Do komisji rewizyjnej wybrani zostali kol. Bełtowski i kol. Stefanowski.

Na wniosek Prof. Jezierskiego (Poznań) uchwalono by następny Zjazd odbył się w Poznaniu w roku 1927.

Uchwalono referaty główne na Zjazd następny: 1) Dychawica oskrzelowa. 2) Acidoza.

Polecono Zarządowi wybór referentów w terminie do 1. stycznia 1926,

Wybór odpowiedniego terminu Zjazdu oddano do rozstrzygnięcia Zarządowi, między innemi wniosek Koła Internistów lwow., proponujący termin przyszłego Zjazdu podczas Zielonych Świąt.

Koło Internistów krakowskich proponuje umieszczanie w Archiwum także referatów z prac medycyny wewnętrznej. Na wniosek Doc. Bronowskiego polecono Zarządowi, aby w razie możności finansowej wydawać dodatek do Archiwum, zawierający referaty zbiorowe a także i krytyki poważniejszych dzieł z medycyny wewnętrznej.

Na wniosek Doc. Janowskiego upoważniono Zarząd do wypracowania i zatwierdzenia regulaminu dla Archiwum, Skarbnika i t. d. i kierować się tem aż do przyszłego Zjazdu.

Grek, sekretarz.

Zjazd lekarzy Województwa Nowogródzkiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 września 1925 r. w Nowogródku.

Na Prezesa honorowego obrano Dr. G. Chrzanowskiego. Przewodniczy Dr. Z. Domański.

Referaty wygłosili:

1. Dr. L. Rutski. Stołpce. **„Ślepota, jej przyczyny w świetle cyfr w Województwach: Wileńskiem, Nowogródzkiem i Poleskiem“.**

Potrzeba nie tylko leczyć chorych, ale także zwalczać chorobę; ażeby ocenić rozmiary, grozę i straty, jakie narodowi przynosi choroba, potrzeba znać liczbę chorych. Ociemniali stanowią osobną grupę kalectw, potrzebujących opieki specjalnej. Pierwszym obowiązkiem okulisty w naszym kraju jest walka z jaglicą; W zwalczaniu jaglicy trzeba zwracać baczną uwagę na wszelkie nieżyty spojówek.

W 75% chorób oczu przy racjonalnem i w porę przeprowadzonem leczeniu możnaby było uniknąć ślepoty. Po otrzymaniu danych statystycznych z województw: Wileńskiego, Nowogródzkiego i Poleskiego stwierdzono: ogólna liczba ślepych 3.438; zupełnie ślepych 1.142 (33%), ślepych na jedno oko 2.296 (67%). Najczęstszą przyczyną ślepoty były choroby oczu (44%), w tem wskutek ospy 9% chorób oczu; 25% wskutek wypadku — wybicie, wykłucie rogiem krowy, kłosem i t. p., 14% ociemniałych od urodzenia; 13% wskutek przyczyny niewiadomej; 4% wskutek działań wojennych; w tej liczbie umysłowo rozwiniętych 3.256 i tylko 182 umysłowo nierozwiniętych. Obowiązkiem naszych urzędów zdrowia publicznego powinno być wynajdywanie środków zapobiegania szerzeniu się chorób oczu, tworzenie specjalnych przychodni i oddziałów szpitalnych i tworzenie urzędów okręgowych lekarzy-okulistów, którzy mieliby szerokie zadania badań statystycznych wad wzroku, chorób oczu i szerzenie zasad higjeny wzroku.

2. Dr. Z. Domański Nowogródek. **„Walka z gruźlicą“.**

Wychodząc z założenia, że na liczbę zgonów i zdrowie fizyczne narodu potężny wpływ wywiera między innemi gruźlica, autor referatu nawołuje do energicznej walki z tym zaciętym wrogiem ludzkości, przyczem wzywa do zorganizowanej walki nie tylko lekarzy, lecz także Rząd, samorządy i całe społeczeństwo. Dotychczas zaś niema statystyki zachorowań na gruźlicę; trudna jest walka z wrogiem, którego nieznaną jest dokładna liczebność, jak również jakość; konieczność prowadzenia statystyki gruźliczych jest oczywista; autor wzywa wszystkich lekarzy Województwa Nowogródzkiego do ścisłego notowania przypadków gruźlicy, odróżniając spostrzeżenia pierwsze i powtórne, gruźlicę czynną i nieczynną. Przy wyborze środków zwalczania gruźlicy referent zatrzymuje się wyłącznie na tych, które służą całym masom ludzkości i przychodzi do wniosku, że w nieczynnej gruźlicy potężnym, najtańszym i najskuteczniejszym orężem są przychodnie przeciwgruźlicze, rozsiane po wszystkich tych osiedlach, gdzie mieszka lekarz; jako niezbędny warunek dobrych wyników, uzyskanych w przychodni uważa działalność wywiadowczyni fachowej, któraby uważała swą działalność za ideowe posłannictwo. Gruźlica czynna winna być leczona w szpitalach ogólnych, wychodząc z założenia, że 1. siewcy zarazy muszą być odosobnieni; 2. leczenie sanatoryjne jest drogie, niedostępne dla szerokich mas; 3. budowanie specjalnych szpitali dla gruźliczych przy dzisiejszym stanie ekonomicznym jest nieziszczalne; 4. najtańszym środkiem odosobnienia i leczenia czynnej gruźlicy jest dobudowanie przy istniejącym szpitalu kilku-pokojowego pawilonu z wyłącznem przeznaczeniem dla tej kategorji chorych. Obecnie chorzy unikają szpitala ze względu na wysokie koszty. Autor sądzi, że chorzy na gruźlicę winni być leczeni w szpitalach na koszt samorządów i uważa za pożądane, aby sfery miarodajne coprędzej wydały odpowiednie zarządzenia, analogiczne do leczenia szpitalnego ostrych chorób zakaźnych. Należy jednocześnie zwalczać ogólną niechęć lekarzy do przyjmowania chorych gruźliczych do szpitali, spowodowaną obawą „zagwoźdżenia“ szpitala na długie miesiące i nikłemi wynikami leczenia. Pierwszą obawę można usunąć przez dobudowanie do istniejących ogólnych szpitali specjalnych pawilonów; pesymizm lecznicy nie jest dostatecznie usprawiedliwiony; przedewszystkiem należy mieć głęboką wiarę, że, podobnie jak po uciążliwej długowiekowej pracy nauczono się skutecznie zwalczać ospę, błonicę, wściekliznę, cukrzycę, przymiot i wiele innych cierpień, tak również przyjdzie czas na gruźlicę; pozatem dzisiaj stosowane zabiegi już wniosły ogromny postęp i należy je tylko szeroko stosować. Wreszcie autor domaga się zaprowadzenia obowiązkowych wykładów z dziedziny higjeny w szkołach średnich i powszechnych i podniesienia ogólnego poziomu kultury. Referent apeluje do ogółu lekarzy, szczególnie mieszkających na głębszej prowincji, do czynnej współpracy tak z samorządem, jako też z całem społeczeństwem, na polu krzewienia poczynań kulturalnych, przypominając, że winien im przyświecać ideał lekarza-obywatela.

3. Dr. Grynberg. Stołpce. **„Kilka ciekawych przypadków z zakresu chirurgji brzusznej“**: a) stwierdzono ogromne powiększenie brzucha, który zawierał wolny płyn bez żadnych objawów ze strony nerek, serca i wątroby, z objawami gruźliczemi w płucach i powiększeniem gruczołów chłonnych. Przypuszczalne rozpoznanie — zapalenie gruźlicze otrzewny, po roztwarciu jamy brzusznej stwierdzono 2 torbiele jajnika, z których jedna była przekręcona na szypule na 180°, mimo skręcenia szypuły zupełny brak dolegliwości; b) przypadek dotyczy kobiety, która od dwóch tygodni ma krwawienie z narządów płciowych, przedtem zatrzymanie regularności w ciągu 4 miesięcy. Macica nieco powiększona, w prawem sklepieniu duży guz, twardej konsystencji, który zupełnie odchylił macicę. Przypuszczalne rozpoznanie — ciąża zamaciczna; po laparotomji — ropień trąbki, zrośnięty z jelitami, który pękł podczas oddzielania; przebieg pooperacyjny pomyślny. Badanie patologo-anatomiczne ustaliło gruźlicę trąbki. Przypadek ciekawy jest dlatego, że nigdzie w organizmie nieznaleziono żadnych objawów gruźliczych; wiadomo zaś, że gruźlica trąbki jest zwykle objawem wtórnym; c) przypadek dotyczy kobiety, ciężarnej w 7 miesiącu, która przed 3-a dniami została **zraniona w brzuch**; wypadły jelita, które były już zupełnie czarnego koloru. Stan bardzo ciężki, tętno nitkowate, facies hypocratica, wymioty, czkawka; mimo beznadziejnego stanu ranę rozszerzono i skonstatowano ranę macicy, z wypadnięciem rączki i pępowiny; ranę macicy rozszerzono, wydobyto dziecko wraz z łożyskiem. Macica przepłukana eterem, zaszyta nagłucho, zrobiono rezekcję wypadniętych jelit, wreszcie zastosowano eter i sączek do zatoki Duglasa. W ciągu pierwszych 5 dni — wymioty, bardzo ciężki stan, Stopniowo stan poprawiał się i chora po miesięcznym pobycie opuściła szpital zupełnie zdrowa.

Dok. nast.

Odezwa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie do Zarządów wszystkich Zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów Leczniczych w Polsce.

Ponieważ ze względów politycznych, jakie poprzedzały odrodzenie naszej Ojczyzny, nauka lekarska była pod wpływem obcych nam czynników, ponieważ wielu naszych lekarzy pobierało nauki na obcych uniwersytetach, przeto nic dziwnego, że wiadomości nasze, dotyczące własności leczniczych naszych zdrojowisk mineralnych, ich urządzeń, wskazań co do ich zastosowania nie są dość rozpowszechnione na ogół wśród lekarzy polskich. Nie znamy dokładnie bogactw, które posiadamy w Zjednoczonej Polsce, nie znamy dokładnie bogactw mineralnych i bogactw sił przyrody, jakiemi rozporządzać możemy dla przywrócenia zdrowia naszych współobywateli. Słusznem jest powszechne nawoływanie, abyśmy zagranicę po zdrowie nie jeździli, abyśmy miljonów zagranicę nie wywozili, zwłaszcza w obecnym okresie przesilenia ekonomicznego popierali własne zdrojowiska, bo posiadamy taką moc różnorodnych źródeł o takiej sile leczniczej, że bez przesady powiedzieć można, iż prawie wszystkie wskazania lecznicze zadowolnić możemy własnemi środkami. Ale by to spełnić trzeba 3 warunków: 1) zainteresowania się lekarzy naszemi zdrojowiskami w szerokiem tego słowa znaczeniu, 2) dobrej chęci i woli ze strony ogółu t. j. niestawiania odrazu wysokich wymagań co do zdrojowisk rodzimych

w porównaniu z pierwszorzędnemi zagranicznemi pomnąc, że nie odrazu Kraków zbudowano. Nie znaczy to, abyśmy mieli oczy zamknięte na wszystkie ujemne strony i niedogodności, ale iżbyśmy zauważone i odczute braki zgłaszali tam, gdzie należy, a nie lekkomyślnie szeroko krytykowali i tym sposobem podważali zaufanie do naszych wód i urządzeń, obniżali wiarę w skuteczność i powagę naszych zdrojowisk, 3) współdziałania, dobrej chęci i kontentowania się małym zyskiem ze strony właścicieli hoteli, willi i pensjonatów. Gdy zagranicą każdy właściciel mieszkania troszczy się o to, aby wszystko czynić, by była zapewniona czystość i wygody kuracjusza, dobra i zdrowa kuchnia, u nas się tylko myśli o tem, jakby jako tako przygotować się, „aby zbyć“ na sezon oraz jak najwięcej, nie zarobić a wyzyskać. Gdy zagranicą każdy właściciel myśli o tem jak i w jaki sposób po sezonie inaczej pracować i zarabiać, u nas oblicza się tak, aby zarobki sezonowe starczyły na cały rok.

Powodując się powyższemi uwagami i względami, Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie powziął myśl popularyzowania wiadomości, dotyczących naszych zdrojowisk, a następnie różnych zakładów leczniczych drogą zorganizowania szeregu odczytów z dyskusjami, mającemi na celu wskazanie najpilniejszych potrzeb, zmierzających do podniesienia danej miejscowości leczniczej. Odczyty będą przeznaczone dla lekarzy (wejście bezpłatne) i studentów; kuracjusze mogą być dopuszczani w tej myśli, że oni mogą wykazać życzenia co do warunków pobytu w danej miejscowości. Każdy zakład leczniczy, który zechce wziąć w tem udział, przyszle sam na dany termin swego mówcę, który w krótkim a zwięzłym odczycie, trwającym nie dłużej jak godzinę, przedstawi dane geologiczne i klimatyczne, własności zdrojów, komunikację, urządzenia balneotechniczne, wskazania lecznicze, warunki pobytu, projekty ulepszeń na przyszłość. Po odczycie dyskusja. Postawione desideraty będą skrzętnie notowane i będą przesyłane zarządom wód oraz brane pod uwagę przy wycieczkach do naszych zdrojowisk organizowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w celu poznania naszych uzdrowisk na miejscu. Koszt wysłania mówcy i wynajęcia sali odczytowej obciąża Zarząd Zdrojowiska.

W mniemaniu, że tą drogą przysłużymy się do spopularyzowania naszych zdrojowisk, miejscowości i zakładów leczniczych, że przyczynimy się do ich podniesienia i zainteresowania się niemi ogółu, niniejszym komunikatem przystępujemy do dzieła i zwracamy się do wszystkich zarządów zdrojowisk i zakładów, aby, jeżeli zamierzają przystąpić do tej sprawy, zechciały jak najprędzej zawiadomić Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, Widok 23, czy zgadzają się na wyłuszczone w odezwie warunki t. j. czy przyszlą mówcę, czy pokryją koszta odczytu nb. odczyt może być ilustrowany tablicami, wykresami, przeźroczami, modelami i t. p. Pragnęlibyśmy rozpocząć szereg odczytów po Nowym Roku przed sezonem kuracyjnym.

Rodzi się myśl, czy organizacje lekarskie stolic naszych dzielnic nie podjęłyby się podobnej akcji w porozumieniu z nami, a to dla ułatwienia organizacji.

Sekr. *Dr. Podczaski.* Prezes *Dr. Bączkiewicz.*

Zebranie Lekarzy lwowskich, członków Izby lekarskiej lwowskiej, odbędzie się we środę dnia 25. b. m. o godz. 6-tej wieczorem w sali Rady miejskiej.

Porządek obrad: 1. Zagajenie, 2. Sprawa wyborów Komitetu przedwyborczego dla wyborów do rady Izby lekarskiej lwowskiej.

Dr. Papée prezydent Izby.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Z Uniwersytetu Warszawskiego. Dalszy ciąg listy lekarzy, którzy otrzymali dyplomy w roku 1924/25:

Grabowski Marek, Goldsztajn Berek, Grochowski Antoni, Gabryjelew Mordka, Grynberg Ignacy, Grzankowski Bolesław, Gelman Gdala, Gąsior Ignacy, Glasman Aron, Gutman Eljasz, Górakiewich Józef, Gielin Dawid, Glikman Mojżesz, Golg Wolff, Goldin Nauma, Gelbfisz Bajnisz, Grojsblat Mojżesz, Higier Stanisław, Hosiasson Stefan, Hołowko Helena, Hopenstadt Szymon, Herc Artur, Hulanicka Marja, Hirszberg Stefan, Hinz Tadeusz, Holendzkc Henryk, Iliński Aleksander, Iberbejn Mojżesz, Januszewski Zdzisław, Jokiel Leopold, Josem Abram, Jasiobędzki Tadeusz, Jasiński Tadeusz, Jokiel Wincenty, Jankowska Halina, Janower Moszek, Jappe Załomon, Jabłoński Józef, Jurowski Konrad, Jakubowski Icek, Jakóbson Mojżesz, Klajn Chaim, Koelichen Jan, Kaczyński Antoni, Krajewski Kazimierz, Kroner Chaskiel, Kurower Łucjan, Kirschbraun Aleksander, Krupiński Zygmunt, Kamiński Mieczysław, Kozłowski Aleksander, Kahanowicz Borys, Klajer Rubin, Kon Paweł, Kochanowski Jan, Kuczewski Jan, Kwazbart Ludwik, Kagan Mojżesz, Kornelsztejn Józef, Kolago Jan, Kowalczewski Józef, Kamiński Andrzej, Kiliński Marjan, Kagan Simcha, Kehle Leon, Kaszer Jechiel, Korzybski Marjan, Kallman Henryk, Kokal Bożena, Kamińska Jadwiga, Karlsbad Henryk, Klukowski Jan, Kneżewic Isak, Kostic Božidar, Korzyński Kazimierz, Kocen Mieczysław,

x Przychodnia przeciwgruźlicza. Dnia 11 października b. r. została otwarta przy ul. Miodowej l. 1. Przychodnia Przeciwgruźlicza Warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego. Nowootworzona przychodnia ma służyć potrzebom szerokiego uświadamiania ludności w walce z gruźlicą oraz ułatwieniu pomocy lekarskiej.

x Walka z jaglicą. W wydziale zdrowia magistratu m. Warszawy odbyła się konferencja w sprawie organizacji walki z jaglicą na terenie m. st. Warszawy. Stwierdzono, że jaglica zwiększa się w ostatnich czasach i że podjęcie walki z nią jest konieczne. W r. 1923 na wszystkie badane dzieci szkół powszechnych (70.000), stwierdzono tylko 80 przypadków jaglicy. Obecnie przeprowadzane są badania dzieci przez lekarzy specjalistów, które dostarczą ścisłych danych. W Warszawie istnieje przytułek dla jagliczych w Czerniakowie, obliczony na 140 dzieci i ten jest zapełniony. Na konferencji zdecydowano, że 1) należy dokonać badań dzieci we wszystkich zamkniętych zakładach opiekuńczych, oraz w chederach; 2) konieczne jest zwiększenie liczby poradni okulistycznych dla dzieci i dorosłych z wyznaczeniem specjalnych godzin dla dzieci w wieku szkolnym, co powinno być również zastosowane w istniejących już przychodniach; 3) należy tworzyć oddziały szpitalne dla chorób ocznych w celu umieszczenia w nich ciężej chorych na jaglicę.

Lwów.

Towarzystwo Miłośników Historji Medycyny powstało we Lwowie 24 października 1925 r. Posiedzenie organizacyjne zagaił prof. dr. Adam Bednarski. Poczem wybrano na wniosek prof. dr. F. Groera komisję, złożoną z prof. A. Bednarskiego, dr. Rudolfa Kotuli dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej i Baworowskich i dr. med. i fil. Józefa Fritza dla opracowania statutu nowopowstałego Towarzystwa.

Dr. J. Fritz wygłosił wykład: Z najstarszych źródeł do dziejów pedjatrji. Dr. W. Janusz referat o E. Goldschmida: Entwicklung und Bibliographie der pathologisch-anatomischen Abbildung 1925.

Pożądana współpraca ogółu lekarzy i historyków lwowskich na posiedzeniach które będą się odbywały raz w miesiącu. Na wniosek prof. dr. W. Nowickiego postanowiono przystąpić do założenia zbiorów dla dziejów medycyny w Polsce. Towarzystwo zwraca się przeto do osób posiadających jakiekolwiek materjały do historji sztuki lekarskiej odnoszące się, jak rękopisy, książki, broszury, narzędzia, obrazy, medaljony i t. d., by zawiadomiły łaskawie o tem wymienioną Komisję, pozwoliły na korzystanie z nich dla prac o jej dziejach, ewentualnie przekazywały je na własność mającego powstać Muzeum dla dziejów sztuki lekarskiej w Polsce. Pamiątki te rozrzucone unikną zagłady i staną się cennym materjałem dla badaczy dziejów tej dziedziny, która w Polsce wielu światowej sławy mężów wydała.

Od Administracji.

Jeszcze raz usilnie prosimy o wyrównanie prenumeraty zalegającej za kwartał IV-ty.

LW. 49.258.
IV.

Ogłoszenie konkursu.

Tymczasowy Wydział Samorządowy ogłasza konkurs na stanowisko Dyrektora Szpitala powszechnego we Lwowie.

Do stanowiska tego przywiązany jest V stopień służbowy wedle postanowień ustawy z 9|X. 1923. o uposażeniu urzędników państwowych, mieszkanie służbowe w naturze, w gmachu szpitalnym na warunkach obowiązujących urzędników państwowych, a nadto prawo pobierania z zapasów szpitala artykułów żywności i opału po cenach kosztów własnych.

Kandydat ubiegający się o to stanowisko winien wykazać:

1. że jest obywatelem polskim,

2. że posiada dyplom doktora medycyny i prawo praktyki lekarskiej w Polsce.

3. że nie przekroczył 40 roku życia (przy odpowiednich warunkach nie wyklucza Tymczasowy Wydział Samorządowy udzielenia „veniam notatis").

4. że posiada nieposzlakowaną przeszłość (świadectwo moralności pod względem etycznym i politycznym, z dołączeniem curriculum vitae).

5. że posiada wszechstronne wykształcenie lekarskie teoretyczne i praktyczne ze szczególnem uwzględnieniem znajomości administracji szpitalnej (dołączyć spis ewentualnych prac naukowych).

6. fizyczną zdolność i dobry stan zdrowia stwierdzony świadectwem lekarza urzędowego do objęcia danego stanowiska.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy wraz z załącznikami w nieprzekraczalnym terminie do dnia 10 (dziesiątego) grudnia b. r. do Tymczasowego Wydziału Samorządowego (Departament IV. sanitarny).

W końcu Tymczasowy Wydział Samorządowy zaznacza, iż stanowisko powyższe obsadzone będzie na 1 rok prowizorycznie, a stabilizacja będzie mogła mieć miejsce po roku zadowalającej służby.

Kandydaci pozostający obecnie w służbie państwowie mają podania wnosić za pośrednictwem swej władzy przełożonej.

Tymczasowy Wydział Samorządowy:

Członek TWS.: *Kędzior.* Przewodniczący: *Pazdro.*

Ostrzeżenie!

Zarząd Związku Lekarzy P. P. Podobwodu Bialskiego ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem posad w organizującej się Powiatowej Kasie Chorych w Białej Podlaskiej, bez uprzedniego porozumienia się ze Związkiem.

L. 3303

Konkurs.

Wydział powiatowy w Lisku rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Cisnej. Bliższe warunki poda Wydział powiatowy do dnia 30 listopada 1925.

Komisarz rządowy: *Mauthner* m. p.

Konkurs

Dyrekcja Kolei Państwowych w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na posadę kontraktowego lekarza w Jaśle

Do posady tej przywiązaną jest płaca miesięczna 600 punktów, jako pobory, 48 punktów, jako ryczałt na podwody, oraz przypadający dodatek ekonomiczny.

Warunki przyjęcia:

1. Obywatelstwo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich i dłuższa praktyka w chirurgji, położnictwie i chorobach wewnętrznych
3. Nieprzekroczony 50-ty rok życia.
4. Normalny słuch i zdolność odróżniania kolorów.

Podania ostemlowane i udokumentowane, należy przedkładać Dyrekcji Kolei Państwowych w Krakowie, Wydział Sanitarny, do dnia 25 listopada 1925.

L: 374/Dyr./25.

Konkurs.

Na podstawie rozporządzenia Tymczasowego Wydziału Samorządowego z dnia 30. października 1925 r. LW. 48371/IV ogłasza niniejszem Dyrekcja Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie konkurs na opróżnioną posadę prymarjusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych.

Do posady tej przywiązane są pobory VII stopnia służbowego funkcjonarjuszów państwowych regulowane ustawą z dnia 9. października 1923 r. Dz. U. Rz. P. Nr. 116 poz. 924 z r. 1923.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, że:

1. są obywatelami Państwa Polskiego, 2. posiadają prawo praktyki lekarskiej, 3. są specjalistami w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych i w tym celu winni kandydaci przedłożyć swoje prace naukowe, tudzież krótko skreślony przebieg życia.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić na ręce Dyrekcji Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie do dnia 10. grudnia 1925 r.

Dyrektor Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie:
Dr. Fuchs.